UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

— ANNEE 1973 — N° ..... —

L'ASSISTANCE
en
PSYCHIATRIE MEDICO-LEGALE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Novembre 1973

PAR

BRAHIMI Abdennour

Né le 2 Novembre 1945

Membres du Jury :

PRESIDENT : Mr. Kh. BENMILOUD, Professeur (Psychiatrie).

JUGES : Mr. C. GERONIMI, Professeur (Neurologie).

Mr. M. ABADA, Professeur (Neuro-Chirurgie).

Mr. L. MOKHTARI, Maître de Conférences Agrégé (Hygiène - Hydrologie)

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

— ANNEE 1973 — N° ..... —

L'ASSISTANCE
en
PSYCHIATRIE MEDICO-LEGALE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Novembre 1973

PAR

BRAHIMI Abdennour

Né le 2 Novembre 1945

Membres du Jury :

PRESIDENT : Mr. Kh. BENMILOUD, Professeur (Psychiatrie).

JUGES : Mr. C. GERONIMI, Professeur (Neurologie).

Mr. M. ABADA, Professeur (Neuro-Chirurgie).

Mr. L. MOKHTARI, Maître de Conférences Agrégé (Hygiène - Hydrologie)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

J E D E D I E C E T T E T H E S E

A MON PERE

A MA MERE

A MA SOEUR

A MON BEAU-FRERE

A MES FRERES

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS,

en ténoignage de mon affection

et de mon attachement.

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR K. BENMILOUD

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Vous avez guidé nos premiers pas en psychiatrie et avez su renforcer notre amour pour cette science.

Nous n'oublierons ni votre bienveillant intérêt à notre carrière, ni la richesse de vos conseils, ni la valeur de votre enseignement.

Veuillez trouver ici l'expression de notre grande reconnaissance et de notre dévouement à votre égard.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR GERONIMI

Nous regrettons de n'avoir pas eu, au cours de nos études médicales, le privilège de bénéficier d'un stage dans votre service qui aurait beaucoup aidé à notre formation.

Nous savons que vous portez un vif intérêt à la Psychiatrie et nous sommes heureux que vous ayez accepté de juger notre travail.

Nous vous assurons de notre reconnaissance
et de notre considération la plus respectueuse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADA

Nous avons eu l'occasion d'être déjà jugé par vous, au cours de nos épreuves de Clinique.
Nous en avons gardé un excellent souvenir.

Nous sommes très honoré de vous voir figurer encore une fois parmi nos juges.

Recevez ici le ténoignage de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOKHTARI,

Lorsque nous sommes venu vous proposer de juger notre travail, vous nous avez reçu avec une bienveillance et une gentillesse que nous ne sommes pas près d'oublier.

Nous avons été très sensible à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant.

Permettez-nous en cette occasion de vous exprimer nos remerciements et nos hommages les plus sincères.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

A NOS MAITRES DE LA FACULTE D'ALGER

A TOUTES L'EQUIPE DE LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE,
NOTAMMENT AU Dr ABDELKADER ET AU Dr NADJI

A TOUS CEUX QUI ONT PARTICIPE A LA REALISATION PRATIQUE
DE CETTE THESE, EN PARTICULIER A MADEMOISELLE DJENDER L.

INTRODUCTION

" Dangereux pour lui-même et pour les autres "

Quel médecin n'a pas eu, au moins une fois dans sa vie, l'occasion de rédiger sur certificat médical, cette simple formule, sans vraiment prendre conscience de son réel contenu et de sa véritable valeur ?

Que signifie-t-elle ?

Que cache-t-elle ?

Qui désigne-t-elle au juste ? Un homme vraiment comme les autres, ou tellement différent des autres ?

Cette simple formule, si froide, si définitive ne le condamne-t-elle pas un peu à nos yeux ? Un homme dangereux ? oui, mais comment ? Pourquoi ? Quel sera son sort ?

Ce sont là autant de questions et bien d'autres encore que l'on ne peut s'empêcher de se poser, nous tous médecins, confrontés au premier plan aux problèmes de la " Vie mise en danger ".

C'est pour tenter d'y répondre que nous nous sommes penché sur cette catégorie de malades que la société a jugés: si " dangereux pour eux-mêmes et pour autrui " qu'elle les a placés d'autorité dans un Hôpital Psychiatrique sous l'étiquette de Placement d'Office (P.O.).

Nous avons pensé que l'étude des cas de P.O. nous apporterait d'une part, une meilleure connaissance de cette population " particulière " d'individus et d'autre part, que cette plus grande connaissance nous éclairerait davantage sur les grandes lignes d'une nouvelle et plus juste attitude thérapeutique, tant curative que préventive.

L'adoption d'une telle attitude nous intéresse tous, médecins, psychiatres en particulier, autorités civiles et tous ceux dont la première préoccupation est l'équilibre d'une société.

En attirant l'attention des uns et des autres sur ce grave problème, nous voudrions contribuer à aider nos malades mentaux à mieux guérir et surtout à redevenir des hommes comme tous les autres.

Notre grand espoir est que ces hôpitaux psychiatriques ne soient plus ce cul de sac " proscrit " de la société, "infamant et dégradant " dans lequel sont condamnés à vivre ces êtres touchés dans la partie la plus noble de leur corps, mais qu'ils soient le tremplin à une vie meilleure et aussi normale que possible.

Notre Société, en adoptant une législation psychiatrique dont les buts sont : l'assistance, la garantie de la liberté individuelle et la protection du malade et de la société, n'a pas terminé sa tâche. Elle n'est au bout, ni de ses peines, ni de ses obligations.

Assister un malade mental durant les seules périodes critiques sans se soucier de son devenir, est insuffisant et contradictoire.

Si elle ignore cette vérité, notre société est condamnée d'une part à faillir aux grands principes de sa législation psychiatrique, d'autre part à ne pas répondre à l'une de ses premières aspirations, celle d'aider un homme à retrouver sa place en son sein. Elle se doit donc pour éviter ces travers de prendre des mesures dont le présent travail tentera de préciser la nature.

Pour mener à bien cette étude, nous avons adopté le plan suivant :

I - DEFINITION DU P.O.

II - HISTORIQUE ET PLACE DU P.O. DANS LA LEGISLATION PSYCHIATRIQUE.

III - ETUDE CLINIQUE

A - Matériel d'étude

B - Moyens d'étude

C - Observations cliniques

D - Bilan statistique.

IV - DISCUSSIONS

V - SUGGESTIONS

VI - CONCLUSIONS.

CHAPITRE I

- DEFINITION -

DEFINITION DU PLACEMENT D'OFFICE -(P.O.)-

Le P.O. constitue l'un des deux grands modes d'hospitalisation du malade mental. Il est ordonné par l'Autorité Administrative représenté par le Prefet (le Wali dans notre pays). Il s'agit donc d'une hospitalisation d'autorité, autrement dit d'un Internement, l'autre modalité de placement étant constitué par le Placement Volontaire qui est demandé par la famille du malade.

Pour mieux le définir, il faut le situer par rapport à un autre grand mode d'hospitalisation qui est représenté par le placement en Service Libre.

Contrairement au placement en Service Libre, qui est destiné aux malades qui réclament eux-mêmes des soins (névrotiques, alcooliques etc...) l'internement (P.O. ou P.V.) concerne le malade dont l'hospitalisation est rendue nécessaire parce qu'il peut-être dangereux pour lui-même ou pour autrui, ou par l'incapacité dans laquelle il se trouve de gérer ses affaires ou dont l'état mental exige des conditions particulières de soins, et de surveillance conformément à la loi du 30 Juin 1838.

Le P.O. comme le P.V. est codifié par la loi française du 30 Juin 1838. Il ne peut se faire que dans les Etablissements soumis au régime de cette loi. En effet, jusqu'à ce jour, la législation en usage dans le domaine de la Psychiatrie Médico-légale est celle héritée de la colonisation.

L'étude historique qui va suivre, va nous permettre de situer l'importance de cette loi.

C H A P I T R E II

- HISTORIQUE ET PLACE DU P.O. DANS LA LEGISLATION PSYCHIATRIQUE -

A - HISTORIQUE (La loi du 30 Juin 1838)

La notion de P.O. est née avec la loi de 1838. Mais, ce ne fut pas " sans douleurs". Voyons brièvement pourquoi.

1°) Avant 1838

Avant 1838, l'assistance aux malades mentaux fut caractérisée par une série de mesures et d'attitudes contradictoires et indigentes. Pourtant, en remontant loin dans l'histoire des civilisations, l'époque grecque et romaine nous fournissent quelques faits donnant à penser qu'une assistance de qualité aux malades mentaux existait déjà puisqu'on y retrouvait une source de loi dans laquelle toutes les situations du malade mental étaient prévues, assurant à la fois la défense de la société contre les égarements du malade mental, et la protection de ce dernier dans ses intérêts.Les lendemains de cette inaugurale et prometteuse période, furent moins enchanteurs pour le malade mental.

Ainsi, le courant moyennageux assimila la maladie mentale à une emprise démoniaque et ensorcelante, sanctionnée par le bucher, la prison et les tortures.

L'exemple espagnol inspiré par la civilisation orientale déjà riche de quelques Etablissements spéciaux pour aliénés et offrant à l'Europe son premier asile, ne fut pas suivi.

L'Europe continua à se désintéresser du sort du malade mental, qui, s'il mérita l'attention, n'en fut point amélioré.

En France, on retrouve bien trace de quelques hôpitaux ou couvents abritant des aliénés, mais leurs secours étaient bien insuffisants, assurant tout au plus le gîte et la nourriture.

Une première mesure législative, celle du 7 Septembre 1660, fut décrétée par le Parlement de Paris. D'autres mesures interviennent alors jusqu'en l'année 1838. Elles n'apportèrent rien de nouveau

dans le sort du malade mental, à une période où les prisons constituaient encore le lieu commun et habituel de beaucoup " d'insensés ou furieux laissés en liberté " (Loi du 16 et 24 Août 1790 et du 19 et 21 Juillet 1791). La confusion se prolongea jusqu'à l'absurdité de faire déclarer par le jugement des tribunaux la " démence " des individus.

Les modalités d'hospitalisation n'étaient réglées par aucune loi cohérente et logique. Il en était de même de l'Administration de biens des malades et de la protection de leur personne.

Le " chaos " législatif régna ainsi jusqu'à l'année 1838 marqué par une date mémorable pour la législation psychiatrique, celle du 30 Juin.

2°) La Loi du 30 Juin 1838

Sa plénitude et sa clarté n'eurent d'égals que l'indigence et l'obscurantisme qui les précédèrent. Elle sut se montrer complète qu'elle résista à l'épreuve du temps pour continuer à régir de nos jours encore la plupart des cas d'hospitalisation et la protection du malade mental.

Cette Loi fut la création d'ESQUIROL, de FERRUS et de FALRET.

Nous ne rappelerons de cette Loi que ce qui intéresse notre travail, c'est-à-dire le titre II réservé au placement fait dans les Etablissements d'aliénés et notamment certains des articles de la Section II des " Placements ordonnés par l'Autorité Publique "

- Article 18

A Paris le Préfet de Police et dans les Départements les Préfets, ordonneront d'office le placement dans un établissement d'aliénés de toute personne interdite ou non interdite dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des person-

nes. Les ordres des Préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19 -20 - 23 seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit à l'article 12, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

- Article 19

En cas de danger imminent attesté par un certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, les Maires dans les autres communes, ordonneront à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les 24 heures au Préfet qui statuera sans délai.

- Article 20

Les Chefs Directeurs ou préposés responsables des Etablissements seront tenus d'adresser au Préfet dans le 1er mois de chaque semestre un rapport rédigé par le médecin de l'Etablissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, la nature de sa maladie, et les résultats du traitement. Le Préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenue dans l'Etablissement ou sa sortie.

- Article 21

A l'égard des personnes dont le placement aura été Volontaire et dans le cas ou leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le Préfet pourra dans les formes tracées par le paragraphe 2 de l'article 18, décerner un ordre spécial, à l'effet qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation si ce n'est pour être placées dans un autre Etablissement. Les Chefs Directeurs ou préposés responsables seront tenus de ce conformer à cet ordre.

- Article 22

Les procureurs du Roi seront informés de tous les ordres donnés en vertu des articles 18, 19, 20 et 21. Ces ordres seront notifiés au Maire du domicile des personnes soumises au placement qui en donnera immédiatement avis aux familles. Il en sera rendu compte au Ministère de l'Intérieur.

- Article 23

Si dans l'intervalle qui s'écoulera, entre les rapports ordonnés par l'article 20, les médecins déclarent sur le registre tenu en exécution de l'article 12, que la sortie peut être ordonnée, les Chefs Directeurs ou proposés responsables des Etablissements, seront tenus, sous peine d'être poursuivis,d'en référer au Préfet qui statuera sans délai.

Tels sont les articles relatifs au P.C., tels que les a énoncés la Loi du 30 Juin 1838.

Les caractères importants de la Loi de 1838

Cette Loi, si elle donne aux autorités publiques le pouvoir d'hospitaliser un malade, sans son consentement, ne constitue pas pour autant et exclusivement une Loi à caractère d'autorité.

C'est aussi une Loi à caractère :

- de protection de la Société
- d'assistance
- de garantie de la liberté individuelle et de protection de la personne.

- Son caractère d'autorité résulte du fait que l'autorité publique a le droit et le devoir de décider d'un internement (Article 19) dans le cas où le malade étant dangereux, la famille n'agit pas. C'est une mesure d'autorité non d'autoritarisme inspirée du souci majeur de protection de la sécurité des personnes et de la propre personne des malades contre un acte irréfléchi.

- Son caractère d'assistance tient au fait qu'elle a rendu obligatoire l'existence d'un hôpital psychiatrique dans chaque département afin d'assurer des soins à tout malade quelles que soient ces ressources.

- Son caractère de garantie de la liberté individuelle et de la protection de la personne : provient de la série de garanties dont cette Loi a entouré l'acte d'autorité pour faire respecter la liberté de la personne humaine.

Ainsi lors d'un placement d'office, l'ordre du Préfet s'appuie sur une enquête de police, en général sur un certificat médical. Le Directeur de l'Etablissement régi par la Loi de 1838, s'assure de la régularité des pièces et engage sa responsabilité.

B - LE PLACEMENT D'OFFICE DANS LA LEGISLATION EN VIGUEUR AU 5 JUILLET 1962, DANS NOTRE PAYS

L'internement et notamment le P.O. continue à se faire dans notre pays conformément à la loi du 30.6.1838 intégralement reconduite dans notre législation en matière de Psychiatrie médico-légale.

Le P.O. est toujours pratiqué dans les cas où le malade étant dangereux, la famille s'avère carente pour demander le Placement Volontaire.

Il a, il faut le rappeler, un triple rôle :

- séparer le malade de l'environnement social dans le but de le protéger contre lui-même et de protéger la collectivité;

- faire bénéficier le malade de tous les soins qu'exige son état;

- protéger le malade contre son incapacité à assumer ces droits civiques.

Examinons à présent la législation relative aux entrées, séjours, et sorties des malades placés d'office.

1°) Les entrées

a) Personnes pouvant demander l'admission

Hormis le Wali, qui, comme nous le savons ordonne le P.O., le Maire ou le Commissaire de Police, peuvent dans les cas d'urgence prendre décision à condition d'en référer au Wali qui statuera sur la décision de l'internement.

b) Les pièces nécessaires

L'arrêté du Wali, ordonnant le placement, doit être motivé soit par un certificat médical, soit par un Procès-Verbal du Maire ou du Commissaire de Police, notant les faits et les témoignages recueillis relatifs à la dangeriosité du comportement du malade.

- Une pièce établissant l'identité du malade;

- le certificat médical n'est pas obligatoire bien qu'utile. Il motive généralement l'arrêté du Wali;

- un état de renseignements sur la situation de fortune familiale et personnelle du malade et la détermination du domicile de secours.

c) Le transport des malades

Le malade placé d'office doit être conduit à l'hôpital psychiatrique par les soins de l'autorité qui a ordonné le placement.

2°) Les suites légales de l'internement

a) Le médecin rédige dans les 24 heures un certificat mentionnant les signes observés à l'entrée. Celui-ci est adressé au Wali. Il n'est pas obligatoire contrairement au certificat de 24 heures du P.V.

b) Le Directeur d'Etablissement inscrit dans le LIVRE DE LA LOI l'arrêté du Wali, le certificat s'il y en a un.

c) Le Wali notifie dans les 3 jours le P.O. au Maire du domicile du malade qui en avise la famille et à l'autorité judiciaire : les deux procureurs, celui de l'arrondissement de l'hôpital psychiatrique et celui de l'arrondissement du domicile du malade.

d) L'Autorité Judiciaire exerce le contrôle suprême de tous les internements en vérifiant le bien fondé de ceux-ci.

3°) Législation relative au séjour

a) Obligations du Médecin

- rédaction d'un certificat de quinzaine. Celui-ci complète, confirme ou rectifie les constatations du certificat de 24 heures et doit conclure au maintien ou à la sortie du malade;

- note mensuelle sur le livre de la Loi. Le médecin inscrit chaque mois sur le registre de la Loi une note faisant état de l'évolution du malade;

- Rapport semestriel au Wali. Tous les 6 mois, le médecin adresse au Wali,un bulletin concluant au maintien ou à la possibilité de sortie, ce qui permet au Wali de statuer tous les 6 mois sur la situation de chaque malade;

- le médecin ne doit retenir aucune réclamation ou requête adressée par le malade à l'autorité administrative ou judiciaire;

- cas particulier : le médecin peut demander la transformation d'un P.O. en P.V.

b) Obligations du Directeur

- Il doit transmettre au Wali le certificat de quinzaine et les bulletins trimestriels;

- il transmet aux autorités Judiciaires ou Administratives, les requêtes adressées par le malade ou les certificats

de situation;

- Il transmet au médecin les ordres du Wali de transformation de P.O. en P.V. et toute demande de certificat émanant de l'autorité Judiciaire ou Administrative;

- Il tient le livre de la Loi. Il y transcrit

* le certificat de quinzaine
* les notes mensuelles médicales
* la confirmation du Wali des ordres provisoires du Maire
* les ordres de transformation des P.O. en P.V.

c) Rôle de l'Autorité Administrative

- Le Ministre de la Santé Publique ou les personnes déléguées par lui peuvent visiter à des périodes indéterminées les Etablissements psychiatriques.

- Le Wali statue tous les 6 mois sur la situation d'un malade placé d'office au vu du rapport trimestriel du médecin. Il ordonne la sortie ou le maintien du malade (dans ce dernier cas, il renouvelle l'ordre d'internement);

- Il peut transformer les P.O. en P.V. pour les malades inoffensifs,

- Il peut demander à tout moment un certificat de situation du médecin,

- Il peut visiter à des périodes indéterminées l'hôpital psychiatrique,

- Il peut déléguer des médecins inspecteurs auprès d'un malade.

- L'Autorité Judiciaire

Le procureur peut :

- Contrôler les placements,
- demander un certificat de situation,
- référer à tout moment au tribunal pour provoquer l'internement si l'internement paraît suspect,
- nommer un curateur,
- il visite obligatoirement l'Etablissement tous les 6 mois.

- Le Président du Tribunal

- Il a l'obligation de mettre en action la procédure de vérification et de décision " de sortie immédiate s'il y a lieu " (Article 29) sur requête du malade, de son entourage ou du procureur;

- Il a l'obligation de la procédure nécessaire à la nomination d'un curateur;

- Il peut visiter à des époques indéterminées l'Etablissement Psychiatrique.

- Le Juge de Paix

- Il a le pouvoir de demander des certificats de situation et de visiter l'Etablissement.

4°) Législation réglant les sorties

Les sorties doivent répondre à deux conditions :

- ne pas maintenir un malade dont l'état ne relève plus de l'hôpital et permet une vie sociale sans incident;

- ne pas permettre une sortie inopportune. Seul le Wali a le droit de prendre l'initiative de la sortie d'un malade placé d'office.

Il peut ordonner la sortie dans les circonstances suivantes :

- à l'occasion du rapport semestriel du médecin de l'Etablissement;

- sur l'initiative du médecin;

- à la suite d'une demande des parents ou amis du malade;

- mais le Wali peut malgré l'avis favorable du médecin refuser la sortie;

- lorsque la sortie d'un malade placé d'office a été refusée par le Wali malgré la requête du malade ou de sa famille ceux-ci ont possibilité de faire appel à l'autorité judiciaire. Les vérifications sont laissées à l'appréciation du juge. Si le recours est jugé valable la sortie est ordonnée.

5°) Formalités légales consécutives aux sorties

Dès que la sortie d'un malade placé d'office a été décidée, la Loi ordonne que :

- le Directeur adresse un avis au Wali,
- le Wali : il n'est tenu à ausune formalité par la Loi,
- le Médecin n'a pas obligation de rédiger un certificat de sortie.

C H A P I T R E III

Etude clinique.

A - MATERIEL D'ETUDE

Notre matériel d'étude a consisté en 64 malades placés d'office à l'hôpital Psychiatrique DRID HOCINE d'ALGER, entre les années 1965 et 1973.

Parmi ces 64 malades, 45 ont bénéficiés d'une levée de P.O et donc sortis de l'hôpital et les 19 autres, demeuraient encore sous P.O. au moment de notre étude.

B - MOYENS D'ETUDE

Nous avons retenu comme moyens d'étude une série de paramètres que nous avons minutieusement sélectionnés et étudiés dans l'espoir d'en n'avoir omis aucun d'important susceptible de limiter par trop l'intérêt de notre travail.

Nous les avons choisis avec l'idée de découvrir l'histoire du malade placé d'office, sous tous ses aspects.

Voici ces paramètres :

1°) LE SEXE

2°) LE STATUT SOCIO-FAMILIAL

3°) LES ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX

4°) LES ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

5°) LES MOTIFS DU PLACEMENT D'OFFICE

6°) LA RELATION ENTRE L'ACTE MEDICO-LEGAL ET L'AFFECTION

7°) LA DUREE D'HOSPITALISATION

8°) LA NATURE DE L'AFFECTION

9°) LES MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN

10°) LES CONDITIONS D'ACCUEIL EXTRA-HOSPITALIERES

11°) L'EVOLUTION APRES LA SORTIE DE L'HOPITAL.

Quelques uns de ces paramètres ont besoin d'être précisés:

- Ainsi pour le STATUT SOCIO-FAMILIAL, nous avons retenu trois catégories de statut :

1 - Bon : lorsqu'existait un foyer familial valable et une situation professionnelle stable;

2 - Médiocre : Foyer familial dysharmonieux ou carent + situation professionnelle stable

3 - Mauvais : foyer familial carent + absence de situation professionnelle

- Concernant L'EVOLUTION APRES LA SORTIE DE L'HOPITAL : ce paramètre concernera évidemment les seuls malades sortis.

- Le paramètre ANTECENDENTS MEDICO-LEGAUX aura pour but de préciser si le malade qui a fait l'objet d'un P.O. a déjà été l'auteur de conduites médico-légales.

- Le paramètre ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES nous précisera surtout le pourcentage de la population psychiatrique ancienne dans les cas de P.O.

- Le paramètre MOTIF DU PLACEMENT D'OFFICE aura pour intérêt de montrer si c'est toujours un acte médico-légal qui a conduit au P.O., et de préciser la nature des actes médico-légaux.

- Le paramètre RELATION ENTRE ACTE MEDICO-LEGAL ET AFFECTION permettra de savoir si la conduite qui a déterminé la mise sous P.O. fut réellement induite par une affection psychiatrique.

C - OBSERVATIONS CLINIQUES :

OBSERVATION N° 1

S... Messaoud

Age : 41 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS - Marié, 6 enfants, mais rejet familial et absence d'emploi professionnel.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	NULS
MOTIFS DE P.O.	Tentative de viol sur fillette de 12 ans Décision de P.O. en cours d'incération.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	DIRECTE
DUREE D'HOSPITALISATION	48 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaise - Abandonné par la famille Pas de situation professionnelle
EVOLUTION	Sortie trop récente pour juger de l'évolution.

OBSERVATION N° 2

B... Djelloul

Age : 41 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS - Célibataire, parents décédés Sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	NULS
MOTIFS DE P.O.	Tentative de viol d'une fille de 12 ans. Décision de P.O. en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 15 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien. Stabilisation des troubles Conditions d'accueil et chances de réinsertion jugées mauvaises.
CONDITION D'ACCUEIL	Mauvaise, sans famille, sans travail.
EVOLUTION	

OBSERVATION N° 3

F... Mohamed Arab

Age : 43 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS- Célibataire, sans famille, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Inconnus
MOTIFS DE P.O.	Coups et blessures - Décision de P.O. en cours d'incération après expertise médicale
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 31 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien. Stabilisation des troubles Conditions d'accueil jugées trop mauvaises. Faibles chances de réinsertion socio-familiale.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises, sans famille, sans travail.
EVOLUTION	

OBSERVATION N° 4

O... Liès

Age : 34 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS - Célibataire, vit avec la mère Absence de situation professionnelle.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Inconnus
MOTIFS DE P.O.	Coups et blessures par arme blanche. Décision de P.O en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 12 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien. Stabilisation des troubles Conditions d'accueil jugées mauvaises. Pauvres chances de réinsertion socio-professionnelle.
CONDITIONS D'ACCUEIL	MAUVAISE. Famille carente, ressources pauvres. Absence d'emploi professionnel.
EVOLUTION	

OBSERVATION N° 5

D... Mohamed

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON - Marié, 2 enfants, ancien agent de l'ordre en C.L.D.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.C.	Hétéro-agressivité dangereuse
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 10 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie paranoïde + toxicomanie (kifomanie - alcoolmanie)
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien. Stabilisation des troubles. Crainte d'arrêt thérapeutique (arrêts thérapeutiques fréquents).
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes apparemment, mais oisiveté mal supportée.
EVOLUTION	

OBSERVATION N° 6

C... Amar
Age : 43 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS, célibataire, sans famille; sans travail
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisation (en France)
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Inconnus.
MOTIFS DE P.O.	Hétéro-agressivité Errance, clochardisation.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 6 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne avec détérioration mentale.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien. Stabilisation des troubles. Absence de milieu d'accueil. Certitude d'arrêt thérapeutique.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises (absence de famille et de ressources matérielles).
EVOLUTION	

OBSERVATION N° 7

B... Amokrane
Age : 44 ans -

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE - Marié sans enfants, sans travail, vit au sein de sa famille.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Hétéro-agressivité dangereuse
MOTIFS DE P.O.	Homicide. Décision de P.O. en cours d'incération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 7 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien. Stabilisation des troubles. Conditions d'accueil jugées insuffisantes.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres
EVOLUTION	

OBSERVATION N°8

B... Omar
Age : 28 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE - Célibataire, vit au sein de sa famille, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Une hospitalisation.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Hétéro-agressivité
MOTIFS DE P.O.	Homicide. Décision de P.O. en cours d'insération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 27 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie paranoïde.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien Conditions d'accueil très précaires (milieu pauvre),cas social, absence d'emploi stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises.
EVOLUTION	

OBSERVATION N° 9

K... Mohamed
Age : 36 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS - Célibataire, vivant au sein d'une famille disloquée, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Coups et blessures au pilon.
MOTIFS DE P.O.	Homicide, décision en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 36 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien. Stabilisation des troubles. Nature des antécédents, risque de dangerosité ultérieure, conditions d'accueil jugées mauvaises.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises.
EVOLUTION	

OBSERVATION N°10

M... Smaïl
Age : 47 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS - Marié, 4 enfants, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Attentats aux moeurs Hétéro-agressivité.
MOTIFS DE P.O.	Comportement hétéro-agressif dangereux.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	4 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie Paranoïde d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises, rejet par la famille, sans ressources.
EVOLUTION	Défavorable, réhospitalisation par P.O. pour errance, déambulation, clochardisation.

OBSERVATION N° 11

C... Ali
Age : 44 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Marié, 3 enfants. Ressources matérielles : petite pension d'invalidité.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Hétéro-agressivité. Actes anti-sociaux multiples.
MOTIFS DE P.O.	Hétéro-agressivité.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	3 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie. Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres : intolérance familiale.
EVOLUTION	Défavorable. Réhospitalisation pour hétéro-agressivité.

OBSERVATION N° 12

K... Mohamed Seghir
Age : 34 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Marié, séparé de son épouse, 1 enfant. Ressources matérielles : petite pension d'invalidité.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Tentative d'homicide
MOTIFS DE P.O.	Attentat aux mœurs. Agressivité dangereuse Scandale sur la voie publique.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	6 Mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises. Famille disloquée, rejetante.
EVOLUTION	Bonne, réinsertion socio-familiale laborieuse et courageuse.

OBSERVATION N° 13

L... Amara

Age : 37 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Marié, divorcé, sans travail, vit chez le père.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Hétéro-agressivité
MOTIFS DE P.O.	Hétéro-agressivité Graves troubles du comportement
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	9 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres, faimille existante mais pas de situation professionnelle.
EVOLUTION	Favorable, réinsertion socio-professionnelle aussi satisfaisante que possible vu la nature de l'affection.

OBSERVATION N° 14

B... Tahar
Age : 32 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE, célibataire, vit avec le père sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Hétéro-agressivité dangereuse
MOTIFS DE P.O.	Hétéro-agressivité Scandale sur la voie publique
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	13 mois
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne (hépoïdophrénie).
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres, famille rejetante, pas de situation professionnelle.
EVOLUTION	Défavorable, malinsertion socio-familiale.

OBSERVATION N° 15

H... Ahmed
Age : 27 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE, célibataire, vit avec ses parents, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	4 hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Hétéro-agressivité dangereuse
MOTIFS DE P.O.	Vagabondage Hétéro-agressivité furieuse
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	6 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres.
EVOLUTION	Sortie trop récente pour permettre de juger valablement de la qualité de l'évolution.

OBSERVATION N° 16

H... Saïd

Age : 42 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Veuf, 6 enfants à la charge de la mère, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Tentative d'homicide sur la mère
MOTIFS DE P.C.	Nouvelle tentative d'homicide sur la mère
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	13 mois
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie paranoïde d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises, absence de ressources matérielles solides. Avenir professionnel très aléatoire, rejet familial.
EVOLUTION	Sortie trop récente pour juger de la qualité de l'évolution.

OBSERVATION N°17

K... Rachid
Age 45 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Célibataire, vit avec frère et soeur, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.C.	Homicide. Décision de P.O. en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	24 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie paranoïde d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises. Foyer familial rejetant, dysharmonieux, avenir professionnel très sombre.
EVOLUTION	Défavorable, réhospitalisation par P.O. et nombreuses autres hospitalisations.

OBSERVATION N° 18

T... Ali

Age : 33 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Marié, 3 enfants, situation professionnelle stable.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Une hospitalisation.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Vols.
MOTIFS DE P.O.	Homicide sur la personne de l'épouse. Décision en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	14 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie paranoïde.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes, foyers familial satisfaisant, emploi professionnel stable.
EVOLUTION	Favorable, excellente réinsertion socio-familiale.

OBSERVATION N°19

K... Abdelkader

Age : 37 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Célibataire vit au sein de sa famille, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Hétéro-agressivité. Nombreux actes anti-sociaux.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	5 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocre, accueil familial assuré, avenir professionnel aléatoire.
EVOLUTION	Favorable, réinsertion socio-familiale, sans emploi professionnel.

OBSERVATION N° 20

H... Arezki

Age : 36 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Famille inexistante, vit avec une soeur malade mentale, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Inconnus.
MOTIFS DE P.O.	Comportement dangereux.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	10 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises, absence de famille, aucun espoir d'insertion professionnelle.
EVOLUTION	Défavorable, malinsertion socio-professionnelle, réhospitalisation pour errance, clochardisation.

OBSERVATION N° 21

K... Kaddour

Age 39 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Célibataire, vit avec ses parents sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Homicide en état d'ivresse.
MOTIFS DE P.C.	Hétéro-agressivité.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	7 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne + ethylisme chronique.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation médicale.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres (famille mais absence de situation professionnelle).
EVOLUTION	Apparamment favorable, n'a jamais été réhospitalisé.

OBSERVATION N° 22

G. Ahmed

Age : 32 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Famille pauvre vivant à la campagne, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Jamais traité.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.C.	Homicide (sur la personne d'un gendarme)
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	29 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation médicale satisfaisante.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises (famille carente pas de situation professionnelle).
EVOLUTION	Défavorable, réhospitalisation pour troubles du comportement social.

OBSERVATION N° 23

K... Mehenni

Age : 40 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Marié, 3 enfants, cultivateur.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	3 Hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Troubles du comportement en cours d'incarcération.
MOTIFS DE P.O.	Incarcéré pour coups et blessures par arme blanche.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	3 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation médicale
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes (famille accueillante, situation professionnelle).
EVOLUTION	Favorable, réinsertion socio-familiale.

OBSERVATION N° 24

N... Hamoud

Age : 37 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Marié, 2 enfants, situation profes-sionnelle.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	2 Hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Hétéro-agressivité
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	5 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation médicale.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes (famille - emploi)
EVOLUTION	Favorable, réinsertion socio-familiale.

OBSERVATION N° 25

H... Abdelkader

Age : 35 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Marié, 2 enfants, employé S.N.T.A.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Agression par arme blanche Impulsion dangereuse.
MOTIFS DE P.O.	Tentative d'homicide.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	11 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation médicale satisfaisante.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Donnes (famille, situation professionnelle)
EVOLUTION	Favorable pendant 3 ans, nouvelle réhospitalisation pour troubles du comportement social.

OBSERVATION N° 26

N... Mohamed

Age : 35 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. 3 enfants, milieu familial dysharmonieux, sujet en C.L.D
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Tentative de suicide.
MOTIFS DE P.O.	Homicide (sur la personne de l'épouse). Décision de P.O. en cours d'incarcération.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	16 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie paranoïde d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation médicale satisfaisante.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres (milieu familial carent)
EVOLUTION	Défavorable (réhospitalisation après nouvel homicide sur la personne de la seconde épouse).

OBSERVATION N° 27

C... Arczki

Age : 35 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Marié, 3 enfants, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations en France.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Inconnus.
MOTIFS DE P.O.	Hétéro-agressivité dangereuse.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	8 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DU MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres, foyer familial mais absence d'emploi professionnel.
EVOLUTION	Défavorable, réhospitalisation pour agitation psycho-motrice et agressivité, non insertion socio-professionnelle.

OBSERVATION N° 28

T..Saïd

Age : 38 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Célibataire, vit chez le frère, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Violation de domicile, hétéro-agressivité.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	21 ans.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises, rejet familial, réinsertion professionnelle très aléatoire.
EVOLUTION	Défavorable, clochardisation, errance, réhospitalisation.

OBSERVATION N° 29

H... Smina

Age : 35 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Célibataire, vit dans une famille rejetante et déséquilibrée (frère et mère malade mentaux).
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Troubles mineurs du comportement Absence d'acte médico-légal.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Absence d'acte médico-légal.
DUREE D'HOSPITALISATION	3 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITION D'ACCUEIL	Mauvaises, foyer familial carent et dysharmonieux.
EVOLUTION	Défavorable, réhospitalisation par P.O. pour troubles du comportement sans acte médico-légal.

OBSERVATION N° 30

K... Mohand Tayeb

Age : 32 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Marié, 4 enfants, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Errance, agressivité.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	5 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres, absence d'emploi professionnel et de ressources.
EVOLUTION	Bonne, réinsertion socio-professionnelle inopinée.

K... Ali, 42 ans. OBSERVATION N° 31

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Sans famille, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.C.	Troubles du comportement et agressivité.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	6 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Schizophrénie d'évolution ancienne.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises, carence socio-familial totale.
EVOLUTION	Sortie trop récente pour juger de l'évolution.

OBSERVATION N° 32

B... Abdesslam

Age : 42 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Marié, 9 enfants, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Incendie de voiture
MOTIFS DE P.C.	Homicide. Décision de P.C. en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 4 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Délire Chronique Paranoïaque
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien Symptomatologie complètement résolue.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres.
EVOLUTION	//

OBSERVATION N° 33

K... Mohamed.

Age : 35 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Marié, 1 enfant, situation professionnelle stable.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nuls.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.C.	Homicide, décision de P.C. en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	4 mois. Hospitalisation interrompue par une évasion.
DIAGNOSTIC RETENU	Délire chornique paranoïaque.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie par évasion.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes.
EVOLUTION	//

OBSERVATION N° 34

B... Mohand Oudjem

Age : 50 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Marié, 6 enfants, incarcéré pendant 2 ans avant sa mise sous P.O. sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Notion d'hospitalisation en France.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Inconnus
MOTIFS DE P.O.	Homicide sur la personne de son épouse, décision de P.O. en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 2 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Délire chronique paranoïaque.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien. Symptomatologie incomplétement résolue.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres.
EVOLUTION	//

OBSERVATION N° 35

F... Mohamed.

Age : 38 ans.

STATUT FAMILIAL	MEDIOCRE. Marié,4 enfants, instabilité professionnelle, foyer conjugal déséquilibré.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Homicide.
MOTIFS DE P.O.	Tentative d'homicide. Décision de P.O. en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	En cours depuis 2 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Délire chronique paranoïaque
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien Symptomatologie non résolue
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres.
EVOLUTION	//

OBSERVATION N° 36

H... Ammar

Age : 46 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Marié, 3 enfants, situation professionnelle stable.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Une hospitalisation.
ANTECEDENTS MEDICO-LAGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Homicide, décision de P.O. en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 22 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Délire chronique paranoïaque.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes, existence d'un foyer familial, emploi professionnel assuré.
EVOLUTION	//

OBSERVATION N° 37

C... Messaoud

Age : 36 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Sans famille, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Hospitalisation en France.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Inconnus.
MOTIFS DE P.O.	Homicide, décision de P.O. en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 14 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Délire chronique paraphrénique.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien. Symptomatologie incomplétement résolue Absence de milieu d'accueil, chances de réinsertion sociale jugées faibles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises, pas de famille, pas d'emploi professionnel.
EVOLUTION	

OBSERVATION N° 38

B... Mokhtar
Age: 39 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Marié, 4 enfants, situation professionnelle stable.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nuls.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Homicide, décision de P.O. en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 12 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Délire chronique paranoïaque.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien. Symptomatologie mal résolue, idée vindicatives vis à vis de l'incarcération et de l'hospitalisation jugées abusives et coércitives à tort.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes, foyer familial harmonieux, avenir professionnel assuré.
EVOLUTION	//

OBSERVATION N° 39

A... Nourreddine
Age : 41 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Marié, enfants, instabilité professionnelle.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Une hospitalisation en milieu psychiatrique
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Tentative d'homicide + tentative de suicide
MOTIFS DE P.C.	Tentative d'homicide sur l'épouse.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	18 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Délire chronique paranoïaque.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres, famille accueillante et bien intentionnée, espoir de réinsertion professionnelle.
EVOLUTION	Favorable, excellente réinsertion socio-professionnelle.

OBSERVATION N° 40

B... Hamani

Age : 35 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Marié, 5 enfants, manoeuvre.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nuls, jamais traité.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Tentative d'homicide(sur la personne de l'épouse).Décision de P.O. en cours d'incarcération après expertise psychiatrique.
RELATION ACTE MEDICO LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	18 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Délire chronique paranoïaque (thème de jalousie).
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie. Stabilisation médicale satisfaisante
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes(famille, situation professionnelle)
EVOLUTION	Favorable, bonne réinsertion socio-familiale.

OBSERVATION N° 41

A.. Saad

Age : 32 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Divorcé, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nuls. Jamais traité.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Homicide(le beau-père) décision de P.O. en cours d'incarcération.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	15 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Délire chronique paranoïaque (thème de jalousie).
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie, stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises (famille rejetante, pas de situation professionnelle).
EVOLUTION	Défavorable. Réhospitalisation par P.O. pour homicide sous tendu par un délire de persécution.

OBSERVATION N° 42

B... Akli

Age 31 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Marié, sans enfant, boulanger en France depuis 10 ans, rentré en Algérie très récemment.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nuls.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Homicide sur la personne de son épouse. Décision de P.O. en cours d'incarcération.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 26 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Psychose aigüe (épisode hallucinatoire aigu).
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien. Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes, réinsertion professionnelle possible, existence d'un foyer familial.
EVOLUTION	//

OBSERVATION N° 43

G... Hocine

Age : 44 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Marié, divorcé, vit avec ses oncles, sans travail stable (chiffonnier)
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Une hospitalisation.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Coups et blessures sur agent de l'ordre. Décision de P.O. en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 4 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Etat confusionnel.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien. Symptomatologie incomplétement résolue. Conditions d'accueil jugées mauvaises.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres.
EVOLUTION	//

OBSERVATION N° 44

M... Mohand

Age : 46 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Divorcé, 6 enfants, instabilité professionnelle.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	3 hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Petits troubles du comportement, hétéro-agressivité sans caractère de dangeriosité.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	2 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Bouffée délirante.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie, stabilisation des tfoubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocre, situation professionnelle précaire, revenu incertain.
EVOLUTION	Favorable.

OBSERVATION N° 45

T... Mohamed Larbi

Age : 47 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Veuf, père de 5 enfants, tailleur.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nuls.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Homicide (sur la personne de l'épouse) Décision de P.O. en cours d'incarcération.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	16 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Bouffée délirante d'origine médicamenteuse (traitement anti-tuberculeux).
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation médicale satisfaisante.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes (famille, situation professionnelle).
EVOLUTION	Favorable, réinsertion familiale.

OBSERVATION N° 46

B... Mohamed Laïd.

Age : 34 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Divorcé, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nuls.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Hétéro-agressivité.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	3 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Bouffée délirante polymorphe.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation médicale satisfaisante.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises.
EVOLUTION	Défavorable. Nouveau P.O. pour coups et blessures. Activité délirante, durée du dernier P.O. : 14 mois.

OBSERVATION N° 47

H... Khera

Age : 34 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Célibataire, vit au sein de sa famille (mère décédée).
ANTECENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.C.	Troubles du comportement social. Absence d'acte médico-légal.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL MALADIE	Pas d'acte médico-légal à l'origine du P.C.
DUREE D'HOSPITALISATION	7 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Bouffée délirante sur terrain de débilité mentale.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation médicale.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Donnes (malade réclamée par la famille, promesses de meilleure prise en charge).
EVOLUTION	Favorable, réinsertion familiale.

OBSERVATION N° 48

H... Abderrahmane

Age 22 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Célibataire, vit au sein de sa famille, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nuls.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Coups et blessures par arme blanche, décision de P.O. en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 5 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Epilepsie Grand Mal
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien Crises comitiales stabilisées.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres, absence de situation professionnelle.
EVOLUTION	//

OBSERVATION N° 49

B... Rabia

Age : 34 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Célibataire, vit avec mère et soeur, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	4 hospitalisations en milieu psychiatrique
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Hétéro-agressivité.
MOTIFS DE P.O.	Hétéro-agressivité dangereuse.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	6 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Epilepsie Grand Mal.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises, famille carente, rejetante, avenir professionnel incertain.
EVOLUTION	Défavorable, aucune réinsertion socio-familiale, réhospitalisation par P.O. pour agression par arme blanche.

OBSERVATION N° 50

H... Ali

Age 46 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Marié, père de 4 enfants, foyer familial déséquilibré, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Graves, nombreux homicides et tentatives d'homicides.
MOTIFS DE P.O.	Homicide
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	29 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Démence épileptique.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Décès.
CONDITIONS D'ACCUEIL	//
EVOLUTION	//

OBSERVATION N° 51

Z... Mohamed

Age : 23 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Famille rejetante, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nuls. Jamais traité en psychiatrie
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Hétéro-agressivité.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	14 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Epilepsie Grand Mal + Débilité.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie. Stabilisation médicale
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises (carence familiale pas de situation professionnelle).
EVOLUTION	Défavorable (réhospitalisation par P.O. pour hétéro-agressivité).

OBSERVATION N° 52

C... Mustapha

Age : 38 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Marié, 5 enfants, travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Fugues, hétéro-agressivité dangereuse.
MOTIFS DE P.O.	Hétéro-agressivité dangereuse.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	15 jours.
DIAGNOSTIC RETENU	Epilepsie Grand Mal + Polytoxicomanie.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres, absence d'emploi professionnel et famille à charge.
EVOLUTION	Défavorable, réhospitalisation pour agitation, hétéro-agressivité, aucune insertion professionnelle.

OBSERVATION N° 53

B... Abdelkader

Age 34 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Marié, 1 enfant, instabilité professionnelle.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	3 Hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Vol.
MOTIFS DE P.C.	Hétéro-agressivité, inculpation de vol, usurpation de fonctions, outrage à un agent de la sécurité.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	4 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Psychopathie + alcoolisme chronique.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres, conflit conjugal, avenir professionnel aléatoire.
EVOLUTION	Défavorable, réhospitalisation, alcoolisme chochardisation, tentative de suicide.

OBSERVATION N° 54

B... Ahmed.

Age 32 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Célibataire, vit au sein de sa famille technicien industriel
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	2 hospitalisations.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Décision de P.O. en cours d'incarcération motivée par hétéro-agressivité dangereuse.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	4 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Psychopathie avec éthylisme chronique.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation médicale.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes (famille, situation professionnelle)
EVOLUTION	Favoralbe, réinsertion socio-familiale.

OBSERVATION N° 55

D... Abderrahmane

Age : 29 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Célibataire vit avec mère et frère, sans travail, milieu familial tolérant.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations.
ANTÈCEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Troubles du comportement social sans dangeriosité.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Absence d'acte médico-légal.
DUREE D'HOSPITALISATION	7 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Toxicomanie avec psychopathie.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles, promesses de prise en charge plus sérieuse par le frère.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres, famille accueillante mais réinsertion professionnelle aléatoire.
EVOLUTION	Défavorable, malinsertion socio-professionnelle, réhospitalisation sur demande du malade.

OBSERVATION N° 56

M... Mahiddine

Age : 46 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Marié, 7 enfants, instabilité professionnelle.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nombreuses hospitalisations
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Agressivité sur un agent de l'ordre public en état d'ivresse, décision de P.O. en cours d'incarcération
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	2 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Psychopathie + polytoxicomanie
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres, réinsertion professionnelle aléatoire.
EVOLUTION	Défavorable, réhospitalisation 17 mois plus tard pour agitation psychomotrice sur fond dépressif.

OBSERVATION N° 57

B... Ahmed

Age : 29 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Célibataire, ouvrier agricole, vit dans sa famille.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nuls.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Homicide, décision de P.O. en cours d'incarcération après expertise médicale.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	Hospitalisation en cours depuis 26 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Déséquilibre caractériel
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Maintien Stabilisation des troubles
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes, foyer familial équilibré, emploi professionnel assuré.
EVOLUTION	//

OBSERVATION N° 58

M... Mustapha

Age : 33 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Marié, 6 enfants, employé S.N.C.F.A.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Traitement ambulatoire Un séjour en clinique psychiatrique
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Tentative de suicide.
MOTIFS DE P.O.	Homicide.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	4 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Déséquilibre caractériel
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation médicale satisfaisante.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes (famille, situation professionnelle)
EVOLUTION	Favorable, réinsertion socio-familiale.

OBSERVATION N° 59

Z... Mohamed

Age 72 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Marié, vit chez le fils, ne travaille plus.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Une hospitalisation.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Homicide sur la personne de son épouse, décision de P.O. en cours d'incarcération.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	36 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Démence sénile avec délire de jalousie.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie, Stabilisation médicale Réclamé par le fils.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes (famille accueillante)
EVOLUTION	Favorable.

OBSERVATION N° 60

S... Laalia
Age 66 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MAUVAIS. Vit seule, sans ressource, mariée divorcée 2 fois.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Une hospitalisation.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Agressivité
MOTIFS DE P.C.	Scandale sur la voie publique, errance.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	4 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Démence sénile
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Stabilisation médicale Sortie
CONDITIONS D'ACCUEIL	Mauvaises (absence de ressources, absence de famille).
EVOLUTION	Apparemment favorable, n'a jamais été réhospitalisée ni revue en consultation.

OBSERVATION N° 61

B... Belhacene

Age 23 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Vit avec des parents, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Troubles du comportement social, jamais traité.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Attentats aux moeurs, agressivité Meurtre de la soeur.
MOTIFS DE P.O.	Attentats aux moeurs, agressivité.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	45 jours.
DIAGNOSTIC RETENU	Oligophrénie avec gros troubles du caractère.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation des troubles.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres (famille rejetante, absence de situation professionnelle).
EVOLUTION	Défavorable, réhospitalisation par P.O. pour agressions nombreuses et dangereuses.

OBSERVATION N° 62

T... Zoubir

Age 29 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Vit avec un frère, sans travail.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nuls. Jamais traité en psychiatrie
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Petits troubles du comportement social, errance.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe.
DUREE D'HOSPITALISATION	4 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Oligophrénie
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Comportement très satisfaisant, l'absence d'anomalie psybhiatrique grave, hormis la débilité mentale.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres.
EVOLUTION	Favorable, jamais réhospitalisé depuis 33 mois mais rarement revu en consultation.

OBSERVATION N° 63

M... Mohamed

Age : 36 ans

STATUT SOCIO-FAMILIAL	BON. Marié, 1 enfant, bureaucrate
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Nuls.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	Décision de P.O. en cours d'incarcération pour (crime contre le sureté de l'Etat) 2 tentatives de suicide en prison.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	Directe
DUREE D'HOSPITALISATION	6 mois.
DIAGNOSTIC RETENU	Syndrome névrotique anxio-dépressif réactionnel.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation médicale satisfaisante.
CONDITIONS D'ACCUEIL	Bonnes (famille, situation professionnelle)
EVOLUTION	Favorable, réinsertion socio-familiale.

OBSERVATION N° 64

B... Fatma
Age 29 ans.

STATUT SOCIO-FAMILIAL	MEDIOCRE. Célibataire, vit avec la mère.
ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Une hospitalisation.
ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX	Nuls.
MOTIFS DE P.O.	P.O. demandé par la mère, absence d'acte médico-légal.
RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE	//
DUREE D'HOSPITALISATION	3 mois
DIAGNOSTIC RETENU	Raptusanxieux chez une sourde muette.
MOTIFS DE DECISION DE SORTIE ET DE MAINTIEN	Sortie Stabilisation médicale
CONDITIONS D'ACCUEIL	Médiocres (mauvaises tolérance familiale).
EVOLUTION	Favorable.

D - BILAN STATISTIQUE

Ce bilan consistera à réunir tous les résultats et chiffres fournis par l'analyse des dossiers médicaux, pour chacun des paramètres étudiés.

1°) Le sexe : on trouve

- 4 femmes
- 60 hommes.

2°) Statut socio-familial : il se révèle

- 1/ Bon dans 16 cas
- 2/ Médiocre dans 26 cas
- 3/ Mauvais dans 22 cas.

3°) Les antécédents médico-légaux :

On les retrouve dans 24 cas.

4°) Les antécédents psychiatriques :

51 de nos malades ont été traités ou hospitalisés pour troubles psychiatriques, avant leur mise sous P.O.

5°) Motifs de P.O. :

Dans 19 cas les motifs de P.O. ont consisté en troubles de comportements divers, mais dépourvus de tout caractère de dangeriosté.

Dans 45 cas, les P.O. ont été motivés par des actes graves dont 22 homicides.

6°) Relation entre l'acte médico-légal (ou la conduite) ayant motivé le P.O. et la maladie :

Cette relation est directe dans tous les cas. L'acte médico-légal ou la conduite ayant motivée le P.O. étaient dans chacun des cas directement liés à l'affection psychiatrique.

7°) La durée d'hospitalisation :

Il faut faire une distinction entre les malades sortis et les malades en cours d'hospitalisation.

a) Les malades sortis = 45

- durée : inférieure à 6 mois = 19 cas
  supérieure ou égale à 6 mois = 13 cas
  " 12 mois = 5 cas
  " 18 mois = 3 cas
  " 24 mois = 3 cas
  " 36 mois = 1 cas
  " 48 mois = 1 cas

b) Pour les malades en cours d'hospitalisation = 19

- durée : inférieure à 6 mois = 6 cas
  supérieure ou égale à 6 mois = 3 cas
  " 12 mois = 4 cas
  " 18 mois = 1 cas
  " 24 mois = 3 cas
  " 30 mois = 1 cas
  " 36 mois = 1 cas

8°) Nature de l'affection :

- 1/ Psychoses chroniques
  - schizophrénies = 31 cas
  - délires chroniques = 10 cas
- 2/ Psychoses aiguës = 6 cas
- 3/ Epilepsie Grand Mal = 5 cas
- 4/ Psychopathies avec toxicomanie = 4 cas
- 5/ Déséquilibres caractériels = 2 cas
- 6/ Etats névrotiques aigus = 2 cas
- 7/ Oligophrénies = 2 cas
- 8/ Troubles de la senescence = 2 cas

9°) Motifs de décision ou de maintien :

Dans leur décision de maintien ou de levée de P.O., les médecins traitants semblent avoir considéré, mais pas toujours, plusieurs critères qui sont :

- la stabilisation ou guérison médicale
- le potentiel de dangériosité de l'affection
- la nature de l'affection
- la nature de l'acte médico-légal
- la nature des antécédents médico-légaux
- les conditions d'accueil extra-hospitalières.

10°) Conditions d'accueil extra-hospitalières :

Les conditions d'accueil ne diffèrent évidemment en aucune façon et dans aucun des cas de celles qui existaient avant la mise sous P.O.. Elles se calquent exactement sur le statut socio familial c'est-à-dire qu'elles s'avèrent :

- bonne dans 16 cas
- médiocre dans 26 cas
- mauvaise dans 22 cas.

11°) Evolution après sortie de l'hôpital :

Cette évolution a été considérée par nous comme :

a) bonne dans les cas :
- où une insertion socio-familiale fut possible.
- où il n'y a pas eu de nouvelle hospitalisatic
- où il y eut une nouvelle hospitalisation, ma lointaine, et ce, pour les seuls cas d'affections psychiatriques graves et chroniques (schizophrénie, délire chronique).

b) mauvaise dans les cas :
- de mal insertion socio-familiale
- de réhospitalisation précoce
- de nouveau P.O.

Précisons aussi que nous avons éliminé du cadre de ce paragraphe dans un soucis d'objectivité, les cas de malades sortis récemment (moins de 6 mois, la durée de stabilisation extra-hospitalière n'étant pas selon nous suffisante pour permettre de considérer ces cas comme ayant eu une évolution favorable.

Cette restriction faite, il reste 40 malades (sur les 45 sortis) parmi lesquels nous relevons :

- 20 ayant eu une évolution favorable,
- 20 ayant eu une évolution défavorable.

Mais pour une meilleure analyse et compréhension de l'évolution des sujets qui ont été l'objet d'un P.O., il nous a paru à la fois intéressant et indispensable d'examiner ces deux types d'évolution à travers 3 paramètres que nous avons choisis de retenir :

- la nature de l'affection,
- la durée de P.O.
- les conditions d'accueil extra-hospitalières.

Nous avons pensé en effet, qu'il n'était pas possible de juger de la qualité d'une évolution et d'en tirer des conclusions pratiques pouvant servir dans l'avenir pour les futurs cas de P.O. dans une meilleure attitude à leur égard, si nous n'établissions pas les liens entre la qualité d'une évolution et les trois paramètres retenus.

A cet effet, nous figurons deux tableaux dont la simple analyse nous permettra dans le chapitre suivant réservé aux " DISCUSSIONS ", d'éclaircir l'aspect évolutif du P.O.

CAS A EVOLUTION FAVORABLE

NATURE DE L'AFFECTION	DUREE DE P.O.	CONDITIONS D'ACCUEIL
SX[1] ancienne	5 mois	Bonnes
SX. ancienne	11 mois	Bonnes
SX. ancienne	3 mois	Bonnes
SX. ancienne	9 mois	Médiocres
SX. ancienne	5 mois	Médiocres
SX. ancienne	6 mois	Mauvaises
SX. ancienne	7 mois	Médiocres
SX. (PARANOIDE)	14 mois	Bonnes
PSYCHOSE AIGUE (BD)(2)	2 mois	Médiocres
PSYCHOSE AIGUE (BD)	7 mois	Médiocres
PSYCHOSE AIGUE (BD)	16 mois	Bonnes
DELIRE CHRONIQUE	18 mois	Bonnes
DELIRE CHRONIQUE	8 mois	Médiocres
ETAT ANXIEUX AIGU	3 mois	Médiocres
ETAT ANXIEUX AIGU	6 mois	Bonnes
DEMENCE SENILE	4 mois	Mauvaises
DEMENCE SENILE	36 mois	Bonnes
PSYCHOPATHIE	4 mois	Bonnes
DESEQUILIBRE CARACTERIEL	4 mois	Bonnes
OLIGOPHRENIE	4 mois	Médiocres

(1) Schizophrénie

(2) Bouffée Délirante.

CAS A EVOLUTION DEFAVORABLE

NATURE DE L'AFFECTION	DUREE DE P.O.	CONDITIONS D'ACCUEIL
SX. ancienne	3 mois	Mauvaises
SX. ancienne	10 mois	Mauvaises
SX. ancienne	3 mois	Médiocres
SX. ancienne	21 mois	Mauvaises
SX. ancienne	16 mois	Médiocres
SX. ancienne	8 mois	Médiocres
SX. ancienne	24 mois	Mauvaises
SX. ancienne	4 mois	Mauvaises
SX. ancienne	29 mois	Mauvaises
SX. ancienne	13 mois	Médiocres
EPILEPSIE G.M.	6 mois	Mauvaises
EPILEPSIE G.M.+ DEBILITE	14 mois	Mauvaises
EPILEPSIE G.M.+ POLYTOXICOMANIE	15 jours	Médiocres
EPILEPSIE DEMENTIFIEE	29 mois	Mauvaises
PSYCHOPATHE POLYTIXICOMANE	7 mois	Médiocres
PSYCHOPATHE POLYTOXICOMANE	2 mois	Médiocres
PSYCHOPATHE POLYTOXICOMANE	4 mois	Médiocres
PSYCHOSE AIGUE (BD)	3 mois	Mauvaises
OLIGOPHRENIE	45 jours	Médiocres
DELIRE CHRONIQUE	5 mois	Mauvaises

CHAPITRE IV

DISCUSSIONS

L'étude précédente nous amène directement à la lumière de chiffres et des résultats qu'elle nous a fournis à relever les faits essentiels, les commenter, pour mieux les comprendre, ceci, dans une étude à caractère analytique et critique, en prélude à la partie ultime de notre travail qui sera consacré aux conclusions générales.

Pour cela, nous allons dans un souci d'ordre et de clarté revenir sur chacun des paramètres que nous avons considérés.

A - LE SEXE

On relève la prédominance marquée du sexe masculin sur le sexe féminin.

On pouvait déjà le deviner, le P.O. étant généralement motivé par un acte médico-légal le plus souvent grave, sous-tendu par de fortes tendances agressives qui sont naturellement plus marquées chez l'homme, du moins quant à leur extériorisation. C'est ainsi que dans tous les cas de femmes qui ont fait l'objet d'un P.O., les motifs médico-légaux furent chaque fois d'importance mineure : petits troubles du comportement sans gros caractère de dangériosité. Pourquoi donc une mise sous P.O. pour ces malades ? Nous comprendrons plus loin pourquoi, précisément en rejoignant le deuxième paramètre fondamental de notre étude : le Statut Socio-Familial.

En effet, ce statut socio-familial est généralement bien plus favorable à la femme malade qui est beaucoup moins rejetée et mieux tolérée par son milieu fidèlement aux principes séculaires de notre société.

B - LE STATUT SOCIO-FAMILIAL

N'est-il pas très significatif de constater la grosse proportion de cas dont le statut socio-familial se révèle soit médiocre, soit franchement mauvais.

S'il est bien prévisible que des conditions familiales précaires et carentes peuvent constituer un facteur déterminant de

l'éclosion de la maladie mentale, il faut aussi reconnaître à travers nos résultats que l'existence et la persistance de conditions de vie défavorables exposent plus le malade mental et l'homme en général à un acte délictueux plus ou moins grave et à une décision de P.C.

Nous n'avons pas niaisement relevé ce fait (incidence des conditions d'accueil) en oubliant de tenir compte du génie évolutif de la maladie mentale qui expose le sujet qui en est atteint à des conduites quelquefois malheureuses et fatales. Mais aujourd'hui, nous disposons tout de même d'armes solides telle que la chimiothérapie psychotrope pour juguler en grosse partie l'évolution propre d'une maladie mentale. Or, nos résultats le démontrent, des conditions socio-familiales insuffisantes ne permettent pas aux malades de suivre régulièrement une thérapeutique prescrite. Combien même serait-elle suivie, ce qui n'est pas, loin s'en faut, le cas de la majorité de nos sujets d'étude, la situation socio-familiale est le plus souvent si fragile, si insécurisante et si détériorée qu'elle ouvre la voie à une décompensation de la maladie et à toutes les conséquences médico-légales qui peuvent en découler.

Une autre remarque à faire, qui souligne l'incidence des conditions de vie sur la décision de P.C. concerne les cas des sujets de sexe féminin. Dans nos 4 cas, le statut socio-familial était soit mauvais, soit médiocre, et les motifs pouvant normalement justifier un P.C. n'existaient pas en l'occurance.

Nous pouvons penser que les autorités civiles ont jugé que la carence familiale était telle (intolérance, rejet, abandon, absence de famille) que le seul moyen d'assurer des soins à ces malades, même non-dangereux, était de prendre elles-mêmes l'initiative d'une hospitalisation par P.C.

C'est donc la qualité des statuts socio-familiaux plus que le comportement des sujets qui, dans certains cas, ont déterminé la décision de P.C.

Si ces constatations tendent à démontrer le parallélisme entre le statut socio-familial (précaire) et le P.O. (48 cas sur 64), elles n'excluent pas tout de même la notion qu'un statut socio-familial valable évite systématiquement un P.O.. Nous relevons 16 cas similaires dans notre étude. Ceci prouve seulement la complexité et la multitude de facteurs (nature de l'affection, son génie évolutif, les conditions particulières dans lesquelles se trouve un sujet, etc...) qui peuvent conduire un homme à commettre un acte dangereux et que ses réactions ne peuvent se résumer à une simple équation ou postulat théorique.

Néanmoins, la relation directe entre acte médico-légal et précarité du statut socio-familial reste à retenir.

Une preuve supplémentaire à l'appui de ce résultat est constituée par les antécédents médico-légaux de nos malades.

C - ANTECEDENTS MEDICO-LEGAUX

Nous constatons en effet que 24 de nos malades étudiés ont déjà été les auteurs d'acte médico-légaux antérieurs indépendamment de ceux qui ont conduit à la mise sous P.O.

Nous remarquons donc que la majorité des cas de P.O. n'ont pas d'antécédents médico-légaux.

Mais parmi les 24 malades possédant un " passé médico-lé 21 ont un statut socio-familial médiocre ou franchement mauvais. L'influence encore une fois des conditions de vie sur la détermination d'un acte médico-légal, ressort clairement.

Nous pouvons en effet penser que la carence de l'environnement peut être un facteur de récidive bien plus qu'un déterminisme à réitérer naturellement un acte médico-légal.

La notion d'antécédents médico-légaux rejoint directement celle d'antécédents psychiatriques.

D - ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Nous retrouvons que 51 sujets sur 64 ont des antécédents psychiatriques. C'était là un résultat un peu attendu. Le P.O. concerne le plus souvent des sujets anciennement malades chez lesquels l'acte médico-légal n'a constitué qu'une manifestation des nombreux épisodes féconds de leur maladie. Mais ce résultat rend compte surtout d'un fait capital : l'absence de prise en charge du malade en milieu extra-hospitalier, donc l'absence de Prévention Tertiaire.

Cependant, dans 13 cas, il n'y a pas eu d'antécédents psychiatriques. L'affection s'est d'emblée manifestée par un acte médico-légal qui a motivé un P.O.

Ceci, peut à priori étonner, mais non plus lorsque nous aurons précisé que parmi ces cas nous retrouvons :

- 5 délirants Paranoïaques
- 2 Oligophrènes
- 3 Psychoses aiguës
- 1 Etat anxieux Dépressif
- 1 Cas de Déséquilibre Caractériel
- 1 Cas de Schizophrénie jamais traité,

soit donc :

- des affections psychiatriques aiguës imprévisibles et très souvent sans lendemain.

- des sujets dont la personnalité était organisée sur un mode pathologique chronique mais permettant néanmoins une adaptation sociale relativement bonne sans expression pathologique susceptible d'attirer l'attention et de bénéficier d'un traitement psychiatrique, jusqu'à l'apparition d'un comportement anormalement dangereux qui révélera la maladie (c'est le cas des Personnalités Paranoïaques et du cas de déséquilibre caractériel).

- Des oligophrènes qui ne constituent pas,loin de là, une riche clientèle des consultations adultes, proportionnellement au nombre réellement existant de débiles dans la population et qui presque tous peuvent avoir à un moment ou à un autre de leur vie une réaction excessive et dangereuse.

- Un seul cas d'affection grave passé inaperçu (le cas de schizophrénie).

D'une façon générale, en conclusion de ces remarques sur les antécédents médico-légaux et psychiatriques de nos malades, nous pouvons affirmer que dans la majorité des cas, les actes médico-légaux graves motivant un P.C. pouvaient-être évités, car provenant de malades mentaux anciens et connus (51 cas sur 64),mais qui n'ont pas bénéficié de soins nécessaires et ce pour des raisons diverses dont la plus évidente est l'insuffisance ou l'absence de prise en charge familiale , sociale et médicale.

Dans tous les autres cas, l'acte médico-légal était inévitable, nous savons pourquoi (affections latentes, aiguës, imprévisibles ou jugées à tort inoffensives).

E - MOTIFS DU P.C.

Relevons tout d'abord les 19 cas de P.C. dont les motifs se limitent à une série de troubles du comportement dépourvus de toutes dangeriosité et qui donnent donc à penser que la décision de P.C. était abusive.

Ces P.C. peuvent cependant s'expliquer, en partie seulement, si l'on considère qu'il s'agissait de sujets ayant pour la plupart une famille carente, donc des sujets livrés plus ou moins totalement à eux-mêmes. Leur comportement, jugé anormal, aurait tout au plus bénéficié d'une simple hospitalisation par P.V. et aurait du permettre d'éviter le P.C.

S'il faut encore une fois déplorer et invoquer l'alarmante situation sociale et familiale de ces sujets dans la décision de

recours au P.O., par les autorités administratives, il faut aussi déplorer la délivrance injustifiée et trop facile quelquefois d'un certificat médical par un médecin ou d'un procès-verbal du Commissaire de Police.

Car le P.O. non seulement enrichit inutilement et nocivement la biographie d'un sujet en le classant dans la catégorie des malades jugés comme particulièrement dangereux, mais aussi rend obligatoire une hospitalisation qui ne s'impose pas toujours et encombre ainsi, sans raison majeure, un Etablissement hospitalier déjà quantativement insuffisant pour faire face à toutes ses obligations, quotidiennement croissantes.

Hormis ces cas particuliers de P.O., nous retrouvons dans le reste de notre échantillonage des cas dont les motifs de P.O. sont de nature grave et plus particulièrement de nombreux homicides(22).

Il nous a paru intéressant, à ce sujet, d'établir un lien entre l'homicide et le type d'affection responsable. Nous découvrons alors parmi "les tueurs " :

- 8 délirants chroniques à majorité paranoïaques (7) et un paraphrène;
- 7 schizophrènes.

Ce résultat confirme une notion classique : l'extrême dangeriosité des délirants chroniques paranoïaques et à un degré moindre des schizophrènes, compte tenu du nombre total de schizophrènes colligés dans notre étude.

Cette confirmation nous amène tout droit à nous faire une idée de la relation entre la conduite (acte médico-légal ou non) ayant motivé la décision de P.O. et la maladie éventuelle qui l'a sous-tendue.

F - RELATION ACTE MEDICO-LEGAL-MALADIE

Comme attendu, peut-être, la conduite médico-légale et pa-

thologique en général se révèle comme étant toujours réellement due à une affection mentale.

Cette précision n'était pas inutile à apporter. Elle est même très importante à souligner, car il est toujours permis de penser et de croire qu'un sujet ayant commis un acte délictueux et grave peut échapper à la Justice civile en simulant une maladie mentale.

Aucun cas de simulation n'a donc été relevé.

Nous en arrivons précisément à présent à la nature des affections qui ont fait l'objet d'un P.O.

G - NATURE DE L'AFFECTION

Nous avons déjà remarqué que la Schizophrénie tenait le " haut du pavé ". Elle vient largement en tête des affections faisant l'objet d'un P.O.: 31 cas sur 64, soit presque la moitié.

Rien d'étonnant à cette constatation quand on sait que la schizophrénie constitue l'une des affections mentale les plus fréquentes et les plus graves, et l'une de celles qui prédisposent, le plus, l'individu qui en est atteint à des conduites anti-sociales.

En seconde place, s'installe les délires chroniques (10cas). Là aussi, nous avons déjà eu l'occasion de le voir, il s'agit d'un genre d'affection comportant un potentiel de dangeriosité non négligeable, surtout dans le cas de Délires Paranoïaques, qui représentent la quasi-totalité de nos Délires Chroniques.

Ainsi donc schizophrènes et délirants chroniques paranoïaques constituent la grosse majorité des cas de P.O. (41 sur 64) et donc les plus fréquents auteurs de conduites anti-sociales. On pouvait peut-être le supposer, encore fallait-il en donner confirmation.

Parmi les autres affections ayant motivé un P.O., en bien petit nombre et par ordre décroissant, nous retrouvons :

1 - Des Psychoses aiguës constituées par :

- 3 Bouffées Délirantes typiques
- 2 Psychoses Hallucinatoires aiguës
- 1 Etat Confusionnel.

Les Psychoses aiguës, peuvent être des affections à réactions médico-légales, sans aucun doute. Un sujet confus, délirant ou halluciné peut être amené à une conduite dangereuse. Ainsi nous retrouvons deux cas d'homicides tous deux dus à des psychoses hallucinatoires aiguës, dont l'une était d'origine médicamenteuse (traitement anti-tuberculeux spécifique).

2 - Viennent ensuite les Epileptiques.

Nous ne sommes pas étonnés de trouver des épileptiques au nombre des sujets médico-légaux. Certes, nous nous attendions à voir figurer des Epilepsies Temporales dont les réactions impulsives dangereuses sont bien connues, mais nous ne retrouvons que des épilepsies généralisées type Grand Mal.

Fait important, ces épilepsies Grand Mal étaient plutôt relativement bien stabilisées par médications anti-comitiales et ne présentaient pas de crises convulsives.

Cette constatayion nous permet ainsi de confirmer, au passage, une notion déjà signalée dans la littérature médicale, à savoir que l'épilepsie Grand Mal stabilisée dans son expression convulsive devient une affection socialement dangereuse. La "liquidation" thérapeutique de la crise enlève à l'épileptique le moyen majeur d'expression de son agressivité naturelle foncière qui s'exprimera alors par des troubles caractériels ou des comportements hétéro-agressifs ou auto-agressifs. Ainsi dans 4 cas d'épilepsies sur 5, il s'agissait d'agressions très dangereuses chaque fois, et dans un cas particulier, celui d'une démence épileptique les actes médico-légaux ont consisté en homicides fréquents et répétés.

C'est dire, à cette seule constatation que les épileptiques méritent une attention particulière dans leur traitement qui doit

viser aussi bien à la stabilisation des crises, qu'à la prévention d'une réaction dangereuse par un traitement psychotrope approprié sans oublier, faut-il le rappeler, la nécessité d'une prise en charge extra-hospitalière aussi sérieuse et solide que possible.

3 - En même temps que les épileptiques, nous retrouvons les Psychopathes Toxicomanes.

Il n'y a rien de surprenant à constater leur présence dans le lot des médico-légaux. Nous savons bien qu'une Personnalité Déséquilibrée peut exposer un individu à une conduite anti-sociale. Mais remarquons dans tous nos cas qu'il s'agissait de Toxicomanes. Le Psychopathe est un des plus gros consommateur de Drogues de toutes sortes; que ces drogues viennent à lui manquer, créant ainsi un état de sevrage bien pénible à supporter ou que ces drogues aggravent sa distortion psychique et l'acte redouté devient presque inévitable ou en tous cas bien prévisible. Précisons que les actes médicaux légaux de nos Psychopathes Toxicomanes sont en occurence d'une relative gravité : vols, coups, et blessures essentiellement.

4 - Nous retrouvons ensuite en nombre égal (2) des Déséquilibrés Caractériels, des Oligophrènes, des Déments Séniles et des Etats Névrotiques Aigus.

- Les Déséquilibrés Caractériels.

Ils ont dans les deux cas, au cours d'un accès impulsif coléreux, été l'auteur d'un homicide. Il s'agit là d'affection que l'on n'a pas toujours l'occasion de voir dans les consultations psychiatriques, car n'attirant pas régulièrement l'attention sur elles, comme d'autres affections mentales. Malheureusement, ce n'est souvent qu'à l'occasion d'actes spectaculairement graves et imprévisibles, à l'exemple de nos deux cas, qu'il nous est donné de voir ces sujets. La même remarque a été faite précédemment pour les Personnalités Paranoïaques. Ces actes médico-légaux, souvent fatals, sont d'autant plus navrants et révoltants qu'ils sont fréquemment imprévisibles et inévitables.

Ainsi dans nos deux cas, ces individus bien qu'atteints de troubles du caractère, étaient tout de même relativement bien adaptés à leur milieu et rien dans leur comportement social ne laissait prévoir une réaction aussi grave. Ces sujets n'étaient donc pas justiciables à priori d'une consultation médicale qui aurait pu déceler le trouble et le traiter.

En outre, même lorsque l'anomalie caractérielle s'exprime, mais sans gravité et devient patente, (irritabilité particulière, impulsivité notoire, crises clastiques, même sans hétéro-agressivité ou auto-agressivité dangeureuse) le sujet n'est pas pour autant toujours l'objet d'une consultation. Lui-même ne prend pas toujours pleinement conscience de son affection (surtout lorsque une petite débilité mentale s'y associe, comme c'est parfois le cas) ou alors on prend conscience mais se dérobe et répugne à consulter. La famille du malade elle-même sous estime souvent les troubles par un excès de tolérance et d'indulgence, de cours dans les familles de notre pays. En conséquence, tout concours à faire de cette affection, une affection difficilement contrôlable à manifestations imprévisibles et encore une fois inéluctables.

"Inéluctables" car même lorsque l'affection est connue, une thérapeutique médicamenteuse ne peut permettre de juguler les réactions graves qui, contrairement à d'autres maladies mentales, en grosse partie liées au processus évolutif de la maladie accessible à un traitement Psychotrope, sont surtout déclenchées par les petits conflits,les difficultés, les frustrations de la vie quotidienne eux aussi inévitables.

Plus, il apparaît à l'analyse de nos deux échantillons que plus le déséquilibre est mineur plus il est paradoxalement dangereux et à craindre.

En effet, autant un important déséquilibre caractériel attire très vite l'attention sur lui, alarme l'entourage, conduit donc au médecin et fait nécessairement prendre des décisions thérapeutiques

salvatrices permettant d'éviter un acte redouté, autant un déséquilibre moins accusé donc moins démonstratif et mieux supporté par le milieu social échappe à un contrôle médical jusqu'à l'acte fatal. Un tel cas comporte finalement un plus grand potentiel de dangériosité, celle-ci n'étant donc plus, dans le cas précis de cette affection, fonction du degré d'atteinte des troubles, mais paradoxalement presque proportionnellement inversé à celui-ci.

Est-ce à dire, que notre société est condamnée à accepter l'ambiguité de ce genre d'affection, suffisament bénigne pour ne pas entraver une certaine adaptation sociale et mériter ainsi l'accès à la "cité" mais suffisament grave pour exposer un homme et son entourage à un acte fatal et justifier ainsi un internement dès l'affection reconnue ?

En partie oui, et aussi longtemps que la Médecine dite Préventive n'aura pas atteint sa totale expression et que la Société, faute de salubrité et d'équilibre n'aura pas résolu ses imperfections et ses conflits, les plus profonds (la maladie mentale constituant l'expression majeure de ceux-ci). En partie non, heureusement, si ce genre d'affection méritait une plus grande attention, un plus grand dépistage, une prise en charge par des consultations psychiatriques dont le secours reste malgré tout très appréciable et susceptible d'éviter des réactions disproportionnées.

Ces réactions disproportionnées durent aussi l'apanage des deux ETATS NEVROTIQUES de notre échantillonage. On peut s'étonner de voir figurer au nombre des "médico-légaux" des Etats Névrotiques, anxieux en l'occurence. Remarquons d'abord que leur nombre est très réduit, seulement deux cas. En outre, dans un cas, le P.O. a été rendu nécessaire car il concernait un malade incarcéré qui fit une tentative de suicide. Dans l'autre cas, disons tout simplement que le P.O. fut abusivement prononcé.

Ces constatations ne signifient bien sûr nullement qu'un Etat Névrotique ne peut pas motiver un P.O., le cas peut se présenter

à l'occasion d'un acte médico-légal toujours possible; mais elles révèlent comme attendu que les états névrotiques ne sont généralement pas les auteurs d'actes médico-légaux.

L'acte médico-légal le plus courant du névrotique est la tentative de suicide qui donne le plus souvent lieu soit, à un Placement en Service Libre, soit à un Internement par P.V.

De la même manière, les Oligophrènes ne constituent pas dans notre étude (2 cas) des affections donnant fréquemment lieu à des actes médicaux-légaux, mais ceux-ci bien que peu fréquents peuvent être graves. C'est ainsi que l'homicide a motivé le P.O. d'un de ces 2 oligophrènes. Reconnaissons que dans ces 2 cas, le statut socio-familial était bien médiocre. Ceci tend à montrer que dans ce genre d'affection, peut-être plus qu'ailleurs, une prise en charge sociale, et familiale sécurisante et dépourvue au maximum d'attitude frustrante, est nécessaire et peut éviter dans la majorité des cas, des conduites anti-sociales.

Enfin, nous retrouvons deux Etats de Démence Séniles. Dans le premier cas, l'acte médico-légal était imputable moins à la nature de l'affection qu'aux conditions et vie très carentes.

Dans le deuxième cas, au contraire, les conditions de vie étant valables, c'est surtout la qualité de l'affection (démence avec délire de jalousie) qui est à mettre en cause dans la réaction médico-légale (homicide). Cet exemple met en exergue l'aspect dualiste de la causalité de l'acte médico-légal dans la maladie mentale en général, aspect que nous n'avons pas cessé de mettre en évidence et de rappeler tout au long de ce chapitre.

Poursuivons notre analyse et nos discussions au niveau à présent du paramètre, " Durée de P.O. ".

H - DUREE DE P.O.

1°) Un simple regard sur la tableau de notre chapitre précédant relatif aux durées de P.O., nous permet de relever que dans la grande majorité des cas, la durée de P.O. ne dépasse guère les 12 mois. (40 cas sur 64).

2°) L'analyse des observations montre que les cas dont la durée d'hospitalisation a dépassé les 12 mois (23 cas) se composent en majorité de Schizophrènes (13 cas sur 31) et de Délirants Paranoïaques (6 cas sur 10). Aucune surprise dans ces constatations qui rejoignent nos résultats précédents faisant ressortir l'extrême dangériosité des Délirants Paranoïaques et des Schizophrènes, les plus fréquents auteurs d'homicides.

3°) Au contraire des cas précédents, nous avions souligné que la plupart de nos malades ont une durée de P.O. inférieure à 12 mois.

Parmi ces cas on relève :

a - La majorité des Schizophrènes : 19 cas sur 31 (8 cas inférieurs à 6 mois, 11 cas inférieurs à 12 mois) 6 cas de Schizophrénie sur les 12 restants ont eu une durée d'hospitalisation à peine supérieure (inférieure à 18 mois).

b - Suelement 4 Délirants Chroniques sur 10 : mais pour lesquels il faut préciser qu'ils sont encore sous P.O. et dont on ne peut donc dire qu'elle sera la durée exacte d'hospitalisation qui risque d'être longue si l'on se réfère aux autres cas de Délires Chroniques dont la durée de P.O. a été supérieure à 12 mois.

c - La majorité des Psychoses Aiguës : 4 cas sur 6 (durée de P.O. inférieure à 6 mois).

d - La totalité des cas de Psychopathie.

e - La majorité des épileptiques (3 sur 5), les cas ayant une durée de P.O. supérieure à 12 mois sont représentés l'un

par une épilepsie avec détérioration mentale et l'autre par une épilepsie démentifiée à lourd passé médico-légal (nombreux homicides).

f - Les deux cas d'Oligophrénie sortis dans les 6 premiers mois.

g - Les deux Etats Névrotiques aigus sortis l'un avant 6 mois, l'autre avant 12 mois.

Ces constatations donnent à penser que la durée d'hospitalisation a été en partie dictée par la gravité de l'affection et son potentiel de dangériosité. Il s'agit là probablement d'une attitude de prudence de la part des médecins, attitude selon nous très justifiée.

Cependant, il reste que certaines durées de P.O. peuvent paraître très longues et par là, abusives et injustifiées, le délai d'obtention de la stabilisation médicale était bien inférieur à la durée d'hospitalisation.

Alors, pourquoi un si long maintien en P.O. ?

C'est la question qu'on peut normalement se poser.

Il ressort, à la simple analyse des observations, que, dans presque chacun des cas, où la durée de P.O. peut paraître très longue, eu regard à la nature de l'affection correspondante et à son délai de stabilisation, les conditions d'accueil extra-hospitalières ont été jugées trop mauvaises pour permettre une levée de P.O. et une sortie, sans courir le risque d'une rechute, accompagnées d'un nouvel acte médico-lagal.

Cependant, dans quelques cas,(4) tout de même, ni la nature de l'affection (2 Psychoses aiguës, un Déséquilibre Caractériel moyen, une Démence Sénile) ni la qualité de la stabilisation (bonne en l'occurence), ni les conditions d'accueil (favorables dans tous les cas), ne peuvent expliquer et justifier une si longue durée de P.O. - (16, 26 et 36 mois).

Or l'analyse de ces cas révèle que les motifs de P.O. consistent en actes médico-légaux graves, d'homicides, en particulier dans les 4 cas.

Ceci rend compte du fait que le degré de gravité de l'acte médico-légal a été pris en considération et surtout, retenu en priorité dans la décision de maintien en P.O.

Cette attitude, dans ce cas précis, n'est pas, selon nous, exempte de reproches et mériterait d'être révisée.

Si l'homicide constitue un acte exceptionnellement grave méritant ainsi, une attention et un examen tout particulier, dans le décèlement de ses motivations et un maximum relatif de temps d'observation pour l'appréciation aussi exacte que possible du potentiel de dangériosité et du pronostic de l'affection avant la décision de sortie, il ne doit pas signer pour autant et à priori la décision d'une longue durée d'hospitalisation.

Cette attitude n'est d'ailleurs pas à rapprocher de celle (Khaled BENMILOUD) qui défend la nécessité d'une longue hospitalisation dans l'attente de l'avenue d'un état démentiel, dans les cas bien précis d'affections mentales très graves, à"passé médico-légal", à gros potentiel de dangériosité et à conditions socio-familiales, particulièrement mauvaises et facteurs de mauvais pronostic.

Cette attitude guidée par le souci majeur et rationnel de diminuer au maximum les risques d'un nouvel acte médico-légal par une sortie trop précoce, ne peut qu'être justifiée tant que n'existeront pas en nombre suffisant, des structures médico-sociales d'accueil de type Post Cure longue ou indéfinie, permettant de faire des levées de P.O. avec la garantie que ces sujets bénéficieront à leur sortie de l'hôpital psychiatrique de tous les avantages permettant de palier à toutes les carences thérapeutiques, économiques et psycho-affectives qui deviennent les leurs dès la sortie de l'hôpital.

De ces résultats sur la durée d'hospitalisation, il ressort une constatation peut-être attendue et logique en tout cas : à savoir la relation directe entre la durée de P.O. et la gravité de l'affection.

Les Délirants Chroniques Pranoïaques qui se révélèrent particulièrement dangereux furent ceux qui bénéficièrent le plus tardivement d'une levée de P.O. suivis des Schizophrènes pour qui la levée de P.O. fut relativement plus précoce.

Toutes les autres affections de notre échantillonage considérées habituellement comme moins graves ont bénéficié d'une levée de P.O. plus précoce.

Cette relation apparue entre la durée de P.O. et la gravité de l'affection nous amène à considérer les motifs de décision de maintien et de sortie.

I - MOTIF DE DECISION DE MAINTIEN ET DE SORTIE

A la lumière de l'analyse des dossiers et des constatations précédentes, il ressort que les critères de décision de levée et de maintien de P.O. se révèlèrent être, par ordre d'importance:

1°) La qualité de stabilisation de l'affection

Ce facteur a normalement constitué le souci majeur des médecins traitants.

2°) La nature de l'affection

Ainsi, Délirants Chroniques Pranoïaques et Schizophrènes ont inspiré la plus grande circonspection, ce qui se comprend aisément à présent.(nous avons précédemment souligné l'extrême dangériosité de ce type d'affection).

3°) Le potentiel de dangériosité de l'affection et plus particulièrement de chaque cas.

Le potentiel de dangériosité a été apprécié, comme il se doit normalement, avant de décider d'un maintien ou d'une sortie de

malade. C'est ainsi que les durées de P.O. se révèlent très distinctes d'un cas à l'autre, et ce, pour une même affection; ce qui se conçoit, une maladie mentale constituant toujours un cas unique, propre à l'histoire de chaque individu.

4°) Le degré de gravité de l'acte médico-légal qui a motivé le P.O.

C'est ainsi que dans la décision de sortie, l'homicide a fait naître chez les médecins les plus grandes craintes, comme nous l'avons déjà vu. Nous avions émis quelques réticences à cette attitude malgré l'existence de trois cas d'homicides récidivants après la sortie.

Si 3 cas d'homicides récidivants peuvent constituer un argument pouvant justifier la réticence des médecins, dans une décision de levée de P.O., il reste selon nous, excessif et subjectif d'accorder à ce critère (la gravité de l'acte médico-légal) plus d'importance qu'il ne mérite, puisque l'analyse des dossiers montre que les cas où il y eut des cas d'homicides récidivants à la sortie sont bien moins fréquents que les cas sans récidive d'homicide, qui sont au nombre de 11.

5°) Les conditions d'accueil extra-hospitalières.

Elles sont très souvent entrées en ligne de compte pour hâter une sortie ou pour prolonger un séjour hospitalier (sauf pour quelques cas particuliers signalés). Nous devinons et savons déjà un peu pourquoi, nous le saurons davantage lors de la discussion relative à l'évolution du malade après sa sortie.

6°) Les antécédents médico-légaux.

Il ressort de l'analyse des observations cliniques que ce critère se situe en dernière place, dans la décision de maintien ou de sortie.

Il est de règle que la nature des antécédents médico-légaux intervienne dans l'appréciation du potentiel de dangériosité (le 3ème critère). A ce titre, bien sûr les médecins traitants ont tenu compte de ce critère. Toutefois, pour lui seul, il n'apparaît pas que ce fac

teur ait particulièrement influencé les médecins dans leurs décisions. Dans l'ensemble, les résultats observés ne leur donnent pas tort dans cette attitude qui s'est révélée très opportune (il faut en effet tenir compte des nombreux autres facteurs qui peuvent servir ou desservir un malade dans son devenir; qualité de l'affection, conditions d'accueil, vississitudes sociales, etc...), hormis deux cas, où des séjours relativement courts, malgré des antécédents médico-légaux, graves, (homicides) furent suivis de rechutes spectaculaires marquées par des conduites médico-légales tout aussi graves.

Ces constatations démontrent clairement que si la qualité des antécédents médico-légaux d'un malade mental doit nécessairement être prise en considération, dans une décision de levée ou de maintien de P.O., elle ne doit pas constituer un argument décisif.

Autrement dit, un casier médico-légal vierge ou chargé ne préjuge pas de l'avenir médico-légal d'un individu.

En conclusion de cette étude sur les motifs de décision de maintien ou de levée de P.O., il ressort que la classification par ordre d'importance mise en évidence se révèle comme valable et justifiée pour les trois premiers critères (qualité de stabilisation de l'affection, nature de l'affection, potentiel de dangériosité). Pour les trois derniers facteurs, il résulte que le quatrième (degré de gravité de l'acte médico-légal) et le sixième (antécédents médico-légaux) doivent être retenus en dernier au profit du cinquième (conditions d'accueil) dont l'importance ne saurait échapper.

Ainsi, faudrait-il retenir ces critères de décision de maintien et de levée de P.O. dans l'ordre suivant :

1 - Qualité de stabilisation de l'affection.
2 - Nature de l'affection.
3 - Potentiel de dangériosité.
4 - Conditions d'accueils extra-hospitalières.
5 - Antécédents médico-légaux.
6 - Nature de l'acte médico-légal ayant conduit au P.O.

La précédente discussion a fait ressortir en partie l'importance des conditions d'accueil. Le paragraphe suivant consacré à l'évolution des cas de P.O. à la sortie de l'hôpital va permettre de souligner davantage l'importance de ce facteur.

J - EVOLUTION DES CAS DE P.O. APRES LEUR SORTIE

Rappelons tout d'abord, pour mémoire, les résultats globaux de notre bilan statistique qui nous avait permis de découvrir que 20 malades sur 40 avaient connu une évolution favorable et 20 autres une évolution contraire.

Cette étude nous avait aussi permis de figurer deux tableaux comparatifs de ces deux catégories d'évolution vues à travers trois paramètres retenus et que nous avions considérés comme essentiels et indispensables à une appréciation plus fidèle et plus objective de cette évolution.

L'analyse de ces deux tableaux permet de relever les faits suivants :

1°) Evolution globale sans tenir compte de la nature de l'affection.

a - Dans les cas à évolution favorable

Les conditions d'accueil extra-hospitalières sont :

- bonnes dans la moitié des cas : 10 cas
- médiocres : 8 cas
- mauvaises seulement dans : 2 cas.

b - Dans les cas à évolution défavorable

Les conditions d'accueil sont :

- bonnes dans aucun des cas (fait très significatif)
- médiocres dans 9 cas
- mauvaises dans 11 cas.

Ces résultats appréciés globalement sans tenir compte ni de la nature de l'affection, ni de la durée de P.O., confirme la notion suivante : les conditions d'accueils ont un effet direct et incontestable sur l'évolution d'un sujet mis sous P.O. à sa sortie de l'hôpital.

Cette conclusion permet d'affirmer que l'amélioration des conditions d'accueils augmentent les chances de réinsertion sociale et partant, diminue les risques de survenue d'actes médico-légaux.

Cette notion peut, certainement concerner tous les sujets traités et hospitalisés pour troubles psychiatriques. Mais elle prend une valeur plus particulière dans les cas de P.O. car elle concerne très souvent les auteurs d'actes médico-légaux graves qui ne sont pas à l'abri d'une rechute accompagnée d'une récidive autant sinon plus dangereuse comme se fut très fréquemment le cas (50%) de nos malades.

2°) Evolution particulière de quelques unes des entités nosographiques

Commençons par la Schizophrénie qui constitue la majorité des cas de notre échantillonnage.

a - La Schizophrénie

Remarquons le nombre à peu près similaire de schizophrénies à évolution favorable et de schizophrénies à évolution défavorable.

Mais il faut distinguer que :

1/ Dans les Schizophrénies à évolution favorable

- les durées de P.O. oscillent entre un minimum de 3 mois et un maximum de 14 mois et que la durée moyenne de P.O. est de 7,5 mois.

- Les conditions d'accueils sont :
  * bonnes dans la moitié des cas,
  * médiocres dans 3 cas,
  * mauvaises dans 1 cas seulement.

2/ Dans les Schizophrénies à évolution défavorable:

- Les durées de P.O. oscillent entre un minimum de 3 mois et un maximum de 29 mois avec une durée moyenne de P.O. de 13 mois.

- Les conditions d'accueils sont soit mauvaises, soit médiocres, jamais bonnes.

3/ Faits à retenir concernant la Schizophrénie

Ainsi donc, tout en sachant que les durées d'hospitalisation sont nécessairement variables d'un cas à l'autre pour une même entité nosographique, ces chiffres rendent tout de même compte des faits suivants :

- La durée moyenne de P.O. est très nettement inférieure dans les Schizophrénies à évolution favorable et ce, presque de moitié par rapport aux schizophrénies à évolution défavorable.

- Les conditions d'accueil sont dans l'ensemble bien meilleures dans les cas de schizophrénies à évolution favorable.

Autrement dit, il convient de retenir en conclusion, l'influence de la durée d'hospitalisation et de P.O. sur la qualité de la réinsertion sociale d'un schizophrène et plus précisément l'effet apparament pernicieux d'un internement trop long sur son devenir.

Mais cette précision sur la durée de P.O. n'est pas définitive, et se trouve atténuée par le fait que, les conditions d'accueil extra-hospitalières sont sensiblement différentes dans ces deux types d'évolution comme nous l'avons vu.

Aussi, si le facteur de durée de P.O. doit être pris en considération, il apparaît clairement qu'il faille le situer par ordre d'importance derrière le facteur Condition d'Accueil qui plus que le premier conditionne l'évolution d'un schizophrène à sa sortie de l'hôpital.

Néanmoins, il reste à retenir selon nous et à ne pas mésestimer l'importance de la juste équilibration de la durée de P.O. dans l'évolution d'un schizophrène.

b - Les Délires Chroniques

Ce genre d'affections, vu son incidence médico-légale toute particulière, reconnue par nos précédentes constatations mériterait une attention spéciale dans cette partie de notre travail. Malheureusement, notre échantillonnage ne nous offre que trois exemples de Délires Chroniques ayant bénéficiés d'une levée de P.O. et susceptibles d'être analysés quant à leur évolution extra-hospitalière. Ce nombre est notoirement insuffisant, pour tirer des conclusions.

Nous retiendrons seulement, que dans le seul cas sur trois, qui ait connu une évolution défavorable les conditions d'accueils étaient franchement défavorables.

On peut avancer tout de même sans risquer de se tromper que dans ce genre d'affection autant que dans les autres, les conditions d'accueils ont une influence déterminante sur l'évolution extra-hospitalière.

Quant à l'influence de la durée de P.O., bien qu'elle n'ait pu être ressortie, ne peut échapper. En effet, nous connaissons la structure particulière de la Personnalité qui sous-tend les Délires Chroniques Paranoïaques. Les personnalités Paranoïaques sont connues pour leurs caractères de rigidité, de méfiance, d'orgueil et leurs tendances à l'hyperesthésie des relations inter-personnelles.

Nous pouvons donc penser qu'une trop longue durée de P.O. peut sur un tel terrain psychologique être intégrée comme une agression, un préjudice, une injustice, et donner naissance à des idées de vengeance à l'égard d'un entourage, rendue responsable. Un passage à l'acte réactionnel et vindicatif serait alors à craindre dès la sortie de l'hôpital.

Ceci rend compte de la prudence particulière qu'il convient d'observer dans la durée d'hospitalisation d'un délirant Chronique Paranoïaque et ne pas l'allonger inutilement.

c - Les Psychoses Aiguës

Les Psychoses Aiguës ont un pronostic généralement favorable. Presque tous nos cas confirment cette réputation, hormis un seul dont l'évolution défavorable peut en partie être rattaché à la carence des conditions d'accueil particulièrement mauvaises contrairement aux autres cas, et non à la durée de P.O. qui n'a joué aucun rôle déterminant dans cette évolution.

d - Les Epilepsies

Les épileptiques ont dans tous les cas connu une évolution facheuse. Il ressort de leurs coordonnées d'étude (durée de P.O. et conditions d'accueil) que seuls sont incriminables dans cette évolution les conditions d'accueils insuffisantes pour tous. La durée de P.O. quant à elle, est suffisamment distincte d'un cas à l'autre pour nous permettre d'éliminer l'impact de ce facteur.

Cette constatation tend à démontrer que la circonspection et la prudence doivent être de règle dans la décision de sortie des épileptiques.

La stabilisation médicale des crises convulsives, d'un épileptique comme souligné auparavant, est loin d'être suffisante et ne doit être en aucun cas le critère prédominant de la levée de P.O.. Encore faut-il s'assurer que les conditions d'accueil extra-hospitalière soient satisfaisantes et porteuses de sérieuses garanties.

e - Les Dysharmoniques (Psychopathies)

Tous les Psychopathes sauf un ont défavorablement évolué.

Au seul cas favorable correspondent encore une fois les seules bonnes conditions d'accueils. Comme pour les épileptiques, le facteur durée de P.O. n'est pas incriminable dans l'évolution et n'a joué aucun rôle déterminant.

Il est bien compréhensible que ce soit le premier facteur (les conditions d'accueil) qui intervient le plus. Un Psychopathe est déjà naturellement et constitutionnellement un inadapté et des conditions sociales défectueuses ne peuvent qu'agraver un comportement en grande partie réactionnel.

Il convient là aussi, d'étudier scrupuleusement les conditions socio-familiales d'un Psychopathe qui a été l'auteur d'un acte médico-légal avant sa sortie, sous peine de déplorer une récidive malheureuse comme ce fut le cas de tous nos exemples de dysharmonie.

3°) Conclusion

Il ressort de cette étude relative à l'évolution extra-hospitalière des cas de P.O. :

- l'extrême importance de l'influence des conditions d'accueil extra-hospitalières dans le déterminisme de la qualité de l'évolution d'un malade mis sous P.O. après sa sortie de l'hôpital et ce, pour tous les types d'affections vus.

- La relative importance de l'influence de la durée de P.O sur cette évolution dans les cas de Schizophrénie.

- Le fait que la durée de P.O., contrairement aux cas de Schizophrénie, n'apparaît pas dans les autres affections comme un facteur déterminantdans la nature de l'évolution extra-hospitalière .

K - CONCLUSION

Au terme de ce chapitre de " discussions" les conclusions essentielles que l'on peut retenir sont les suivantes :

1°) Concernant le sexe

Nous avons constaté la large prédominance du sexe masculin sur le sexe féminin (60 hommes pour 4 femmes). Nous avons donné une explication de ce résultat.

2°) Concernant le statut socio-familial

Nous avons relevé surtout la carence des conditions de vie dans la majorité des cas de P.O. et la notion d'une influence particulière, mais certaine de l'indigence du statut socio-familial sur le déterminisme d'une conduite médico-légale.

3°) Concernant les antécédents médico-légaux

Près du tiers de nos sujets d'étude, sont des récidivants d'actes anti-sociaux.

4°) Concernant les antécédents psychiatriques

La quasi-totalité des sujets soit les 5/6 sont des malades mentaux anciens et traités au moins une fois. Ce résultat constitue le reflet direct de l'absence d'une Prévention Tertiaire.

5°) Concernant la nature des affections

La plus grande proportion des cas de P.O. (les 4/6) est constituée d'affections psychiatriques chroniques notamment de Schizophrènes (les 3/6) et à un degré moindre de délires chroniques paranoïaques (1/6). Parmi les autres affections, en bien plus petit nombre, il faut remarquer surtout la présence des Psychoses Aiguës d'Epilepsies Grand Mal, et de Psychopathies avec polytoxicomanie.

6°) Concernant les motifs de P.O.

Nous avons relevé :

- la gravité particulière des actes médico-légaux dans la majorité des cas (les 4/6);
- le fait que l'homicide est apparu comme l'apanage le plus souvent des Schizophrènes et des Délires Paranoïaques;
- la dangériosité particulière des Epilepsies Grand Mal stabilisées dans leur expression convulsive;
- le fait que dans de nombreux cas (les 2/6) le P.O. n'a pas été dicté par un comportement anti-social de nature médico-légal mais par un souci d'assistance médicale devant la carence d'assistance familiale.

7°) Concernant la durée de P.O.

Nous avons relevé la relation directement proportionnelle entre la durée d'hospitalisation et la gravité reconnue de l'affection. Ainsi schizophrènes et Délires Paranoïaques constituent les affections dont la durée de P.O. fut la plus longue.

8°) Concernant les motifs de décision de maintien et de levée de P.O.

Nous avons à la lumière des résultats observés que certains de ces critères de décision de maintien et de levée de P.O. retenu par les médecins traitants n'étaient pas par ordre d'importance à leur vraie place.

Ceci nous a amené à les considérer et à en proposer un ordre plus objectif.

9°) Concernant l'évolution extra-hospitalière des cas de P.O. après leur sortie

Nos conclusions sont que l'évolution est :

- en premier lieu grandement conditionnée et pour tous les types d'affection par la qualité des conditions d'accueil;

- en deuxième lieu, par la durée de P.O., surtout pour les cas de Schizophrénies où est apparu l'importance d'une juste équilibration du temps d'hospitalisation.

Les résultats observés et les discussions qu'ils soulevèrent dans ce chapitre, amènent certaines réflexions qui imposent normalement des décisions médicales, sociales, administratives et législatives dont le caractère d'urgence n'est pas à souligner.

Aussi, ferons-nous, dans ce but, certaines suggestions dans le chapitre suivant que nous leur avons spécialement consacré.

C H A P I T R E V

- S U G G E S T I O N S -

Les suggestions que nous sommes amené à faire découlent directement des constatations observées dans l'étude de notre population de malades médico-légaux.

Les résultats mis en évidence traduisent clairement une situation de carence à tous les échelons : Médical, Social et Administratif.

A l'échelon médical, reconnaissons que cette population particulière de malades ne bénéficie pas d'une assistance médicale appropriée, non pas au niveau des soins médicamenteux en quantité et en qualité suffisantes, mais en raison surtout de l'absence d'une architecture hospitalière adéquate et l'inexistence de pratiques institutionnelles spécifiques nécessaires à la préparation d'un avenir extra-hospitalier valable.

Ces constatations nous amènent à penser que la création d'un établissement réservé spécialement aux malades médico-légaux et susceptible de remédier aux carences actuelles, s'impose.

Cette institution serait ce que nous proposons d'appeler un Centre National de Psychiatrie Médico-Légale.

Mais l'assistance médicale hospitalière n'est pas une fin en soi.

Elle ne constitue qu'un moyen qui se révélerait rapidement insuffisant si le malade médico-légal à sa sortie de l'institution de soins ne bénéficiait pas d'une prise en charge tant sur le plan médical que social et administratif.

A ce sujet, souvenons-nous que le statut socio-familial des malades médico-légaux s'est révélé particulièrement mauvais. A leur sortie de l'hôpital psychiatrique, les malades sont presque livrés à eux-mêmes sans aucune assistance véritable susceptible de les prévenir contre eux-mêmes et contre les autres.

Ajouté à ce fait, rappelons-nous que notre population de malades est constituée dans ses 5/6 d'affections psychiatriques

chroniques et anciennes.

Ces faits s'accordent pour traduire l'inexistence d'une prévention tertiaire digne de ce nom.

Il faudra donc pourvoir à cette lacune.

Il s'agit là de notre deuxième grande proposition.

Un Centre National de Psychiatrie médico-légale, une Prévention Tertiaire, telles sont les deux suggestions que nous nous proposons de présenter dans le détail.

I - LE CENTRE NATIONAL DE PSYCHIATRIE MEDICO-LEGAL

A - Définition

Le Centre National de Psychiatrie Médico-légal (C.N.P.M.L.) sera un Etablissement dont les rôles seront :

1°) De dispenser des soins médicaux appropriés aux malades médico-légaux.

2°) De préparer par diverses méthodes la réadaptation sociale harmonieuse du malade.

3°) Accessoirement, le CNPML aura un rôle d'Enseignement et de formation de Personnel Spécialisé.

B - Organisation et fonctionnement du Centre National de Psychiatrie Médico-Légal

Le CNPML comportera deux départements (schéma n°1).

1°) Un Département d'orientation et d'observation;
2°) Un Département de réadaptation.

Le malade admis au CNPML passera successivement dans chacun de ces deux Départements avant sa sortie de l'Etablissement, lorsque celle-ci sera possible et décidée par les Autorités Administratives sur avis médical.

a - Le Département d'Observation et d'Orientation

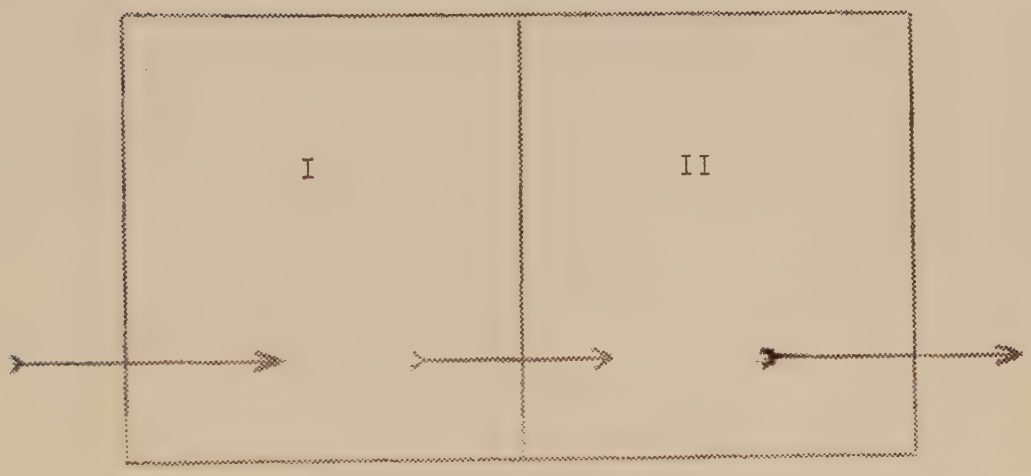
Ce Département permettra comme l'indique son nom d'observer le malade afin d'en déterminer :

1 - la dangériosité
2 - la réactivité chimiothérapique
3 - la réactivité ergothérapique et sociothérapique
4 - le pronostic socio-psychiatrique.

Ce séjour sera donc aussi un séjour d'orientation en ce sens que permettant d'entrevoir déjà les potentialités d'adaptation des malades il aidera le médecin traitant à décider de la nature des soins

SCHEMA N° 1

LE CENTRE NATIONAL DE PSYCHIATRIE MEDICO-LEGAL



I - DEPARTEMENT D'OBSERVATION ET D'ORIENTATION.

II - DEPARTEMENT DE READAPTATION.

complémentaires à apporter, il lui révélera les secteurs sur lesquels il faudra axer les soins de réadaptation au cours de la phase ultime de séjour dans le CNPML.

Concernant le personnel soignant de ce département il sera exclusivement médical et para-médical c'est-à-dire qu'il sera constitué d'un psychiatre, d'infirmiers spécialisés et d'un psychologue.

Comme on peut le prévoir ce personnel sera singulièrement plus riche dans le département suivant.

b - Département de Réadaptation

Précisons que la tâche de ce Département sera plus exactement de préparer le malade à une prochaine réadaptation sociale. Comme précisé, la nature de cette préparation aura déjà été entrevue dans ses grandes lignes lors du séjour dans le premier département.

La fonction de ce deuxième Département comportera des activités multiples. Ce seront :

1/ Des activités de soins

- soins médicamenteux
- soins ergothérapiques
- soins psychothérapiques.

2/ Des activités de loisirs

Ces loisirs devront être nombreux et variés : cinéma, théatre, bibliothèques, jeux de table, activités sportives.

3/ Des activités de Réadaptation Professionnelle

Celles-ci consisteront en l'apprentissage d'un métier pour les malades qui n'en possèdent pas, ou l'exercice de leur métier pour ceux qui en possèdent déjà.

Ces activités de soins, de loisirs et de réadaptation professionnelle nécessiteront pour leur réalisation un personnel aussi riche que possible. Elles se feront sous le contrôle du médecin psychiatre attaché à l'Etablissement et assité par une équipe de Psycho-

logues, Psychothérapeutes, Ergothérapeutes, Rééducateurs et infirmiers spécialisés.

C'est durant cette deuxième étape de soins que seront révélées les aptitudes de resocialisation du malade et que sera déterminée la nature ultérieure de l'assistance à lui apporter en dehors de l'enceinte du CNPML.

Nous avons jusque là déterminé le CNPML dans son organisation et dans son fonctionnement en tant qu'institution de soins et de réadaptation socio-professionnelle, mais dans notre définition du CNPML, nous avions aussi assigné à ce dernier un rôle de formation et d'enseignement que nous allons voir.

C - Utilités annexes du CNPML

Les fonctions de formation et d'enseignement du CNPML ne sont évidemment pas des activités annexes en elles-mêmes, elles ne le sont que comparées aux fonctions de soins et de réadaptation qui doivent rester les préoccupations premières de cette institution.

Ces fonctions consisteront en :

1°) L'Enseignement et la Recherche en matière de Criminologie, de Médecine Légale, de Psychologie Clinique, de Sociologie et de Droit Pénal.

2°) La Formation d'Infirmiers Spécialisés, de Rééducateurs et d'Ergothérapeutes.

Ces activités ne sont pas, comme nous le constatons des activités de moindre importance. Elles contribueront avec les autres à donner à cet Etablissement sa pleine justification.

Ces différents et nombreux pôles d'activité du CNPML nous amène à considérer sa tutelle.

D - Tutelle du CNPML

Le CNPML devra être un Etablissement unitutellaire dont la gestion pourra être normalement assurée par le Wali qui rappelons le

est dans la législation en vigueur l'ordonnateur du Placement d'Office.

Cependant, de par ses différentes activités, le CNPML doit intéresser certains départements ministériels concernés par son fonctionnement. Nous pensons notamment au Ministère de la Justice (car les malades du CNPML auront un statut juridique). Le Ministère de l'Intérieur (ces malades sont en placement d'autorité administrative). Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (le CNPML a une fonction de formation et de recherche).

La participation de ces différents départements ministériels pourrait se faire sous la forme de prise en charge des frais de séjour des malades et sous la forme de subvention des activités de recherches.

Examinons enfin quelles seront les modalités d'entrée et de sortie du CNPML.

E - Modalités d'entrée et de sortie du CNPML (Schéma n°2)

1°) Les modalités d'entrée

a - Dans une première modalité, la plus générale, les entrées se feront d'une manière classique par P.O. décidé par l'autorité administrative conformément à la législation encore en vigueur dans notre pays (loi du 30 Juin 1838) sauf révision ultérieure de ce chapitre de la loi.

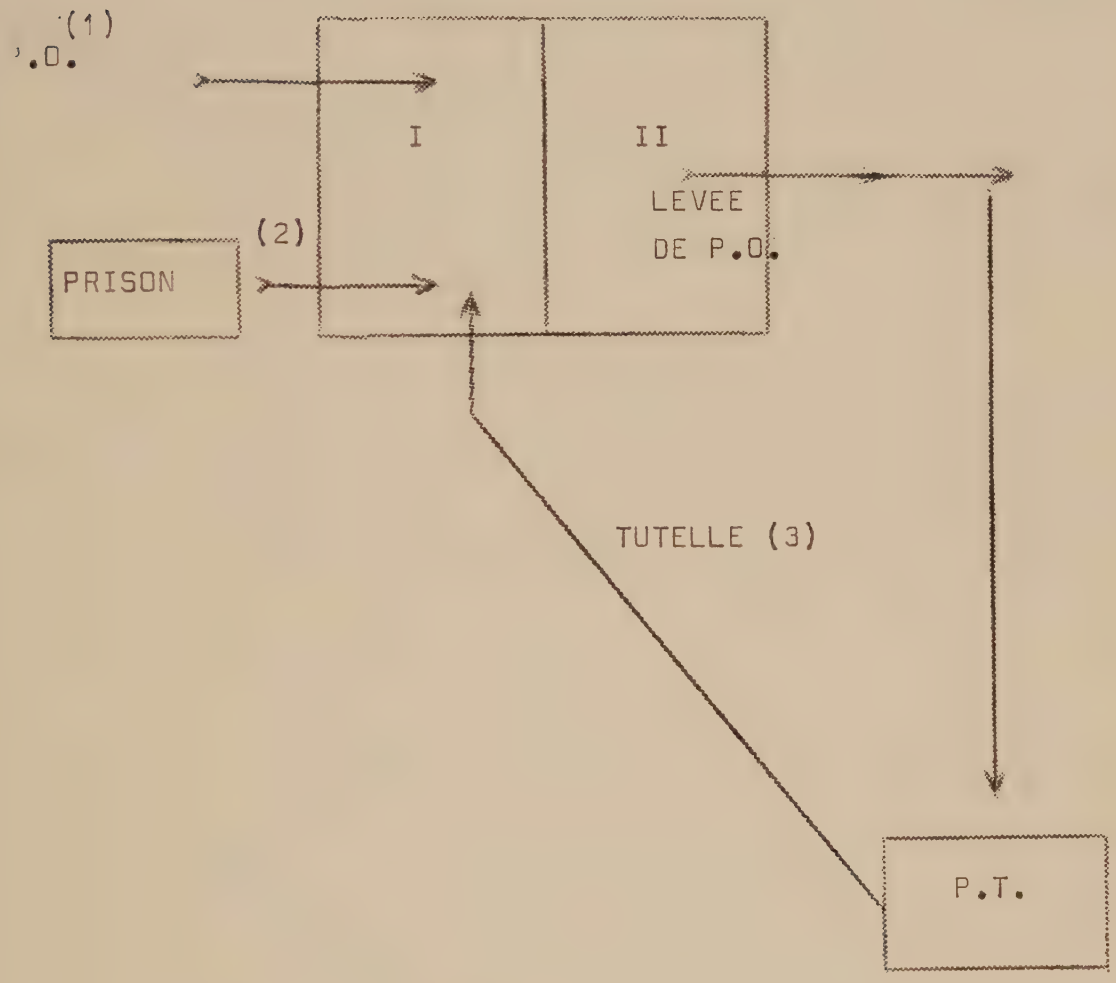
b - Une deuxième modalité d'entrée concernera les malades incarcérés et chez qui la survenue d'un accès psychiatrique lors de leur emprisonnement nécessitera une hospitalisation.

c - Une troisième modalité d'entrée qui devra être instituée concerne les malades ayant déjà fait l'objet d'un P.O. et d'un séjour antérieur au CNPML et qui en seraient sortis.

Ceux parmi ces malades qui à leur sortie ont bénéficié de l'assistance de la prévention tertiaire (voir chapitre V, sous cha-

SCHEMA N° 2

MODALITE D'ENTREE ET DE SORTIE DU CNPML



(1) = 1ère modalité d'hospitalisation = LE P.O.

(2) = 2ème modalité d'hospitalisation = Malades transférés de la prison.

(3) = 3ème modalité d'hospitalisation = La tutelle
= Refus d'assistance

P.T. = Prévention Tertiaire.

pitre II) et qui à un moment ou un autre refuseraient pour des raisons diverses les soins de cette assistance, seraient susceptibles d'être soumis à l'obligation par les autorités administratives de rejoindre les CNPML sans nécessité de nouvelles décisions de P.O.. Précisons, que les malades sortis du CNPML auront à leur sortie un Statut Jurico-administratif dont la teneur permettra une telle modalité d'hospitalisation. Nous comprendrons mieux ce point en prenant connaissance des modalités de sortie et de la prévention tertiaire.

2°) Les modalités de sortie

Deux cas peuvent se présenter

a - le cas exceptionnel mais existant des P.O. abusifs

b - le cas des P.O. justifiés.

- Les P.O. abusifs

Il s'agit des placements d'autorité qui sont ordonnés sans que l'hospitalisation du malade soit rendue nécessaire conformément à la loi en vigueur. Nous avons vu dans notre étude qu'il existait de pareils cas. Dans ces cas la sortie se fera suivant la modalité classique de levée de P.O. à la demande du médecin psychiatre du CNPML.

- Les P.O. justifiés

Il s'agit de P.O. qui sont ordonnés pour les motifs invoqués par la législation en vigueur telle que nous l'avons vue.

Là aussi, la sortie se fera par levée de P.O. sur demande du médecin traitant. Il conviendra avant cette sortie que le malade ait un statut d'Incapacité reconnu par la Justice et entérinée par les autorités administratives. Ceci évitera l'inconvénient des lenteurs habituelles de procédures de mise en tutelle. A ce sujet, une décision concernant le malade médico-légal doit intervenir lors de son hospitalisation. Une telle mise en tutelle doit pouvoir être demandée par le médecin traitant aux pouvoirs juridiques et administratifs et accordé par ceux-ci dans des délais suffisamments brefs pour ne pas bloquer

les sorties. Il pourrait à ce titre être détaché auprès du CNPML pour mettre au point, de hâter la procédure auprès du tribunal et pour en référer aux autorités administratives. Dès lors le malade pourra sortir du CNPML pourvu d'un statut médical, juridique et administratif.

Autrement dit, le malade médico-légal sera soumis à une tutelle qui est à différencier de celle de la loi de 1838. Cette tutelle sera :

- démandée par le médecin traitant et le magistrat attaché au CNPML;
- matérialisée par l'autorité juridique;
- antérinée et appliquée par les autorités administratives.

Au terme de cette présentation du CNPML, nous voyons qu'elle a été le cheminement progressif du malade tout au long de son séjour et toutes les mesures de soin et d'assistance dont il a été l'objet. Le séjour au CNPML a non seulement permis de le traiter mais l'a aussi préparé dans les meilleures conditions à retrouver sa place dans la Société. Il faudra à présent tout mettre en oeuvre pour que ce retour ne soit pas raté et pour que la réinsertion sociale puisse se faire avec les plus grandes chances de succès.

A ces fins, le malade devra, hors de l'enceinte du CNPML, bénéficier d'une prise en charge médicale, sociale, administrative et juridique. Ce sera le rôle de la Prévention Tertiaire.

II - PREVENTION TERTIAIRE (Schéma n° 3)

A - Définition

C'est la prévention des rechutes et des séquelles du malade médico-légal par une triple assistance : médico-sociale, administrative et juridique.

Cette prévention aura pour tâche de prendre en charge le malade médico-légal dès sa sortie du CNPML. Elle pourra aussi accessoirement assurer la prise en charge des malades mentaux à potentiel médico-légal même s'ils n'ont pas fait l'objet d'un placement d'autorité au CNPML.

Examinons les trois volets de cette prévention.

B - L'assistance médico-sociale

Elle devra être capable d'assurer des soins de qualité et de faciliter la réadaptation sociale du malade médico-légal quelque soit sa situation géographique ou socio-familiale.

Pour cela, elle devra disposer de moyens suffisants.

Quels doivent être ces moyens ? Nous pensons qu'ils devraient consister en deux dispositifs :

1/ des équipes mobiles de soins
2/ des Centres d'Accueil Médico-Sociaux.

1°) Les équipes mobiles :

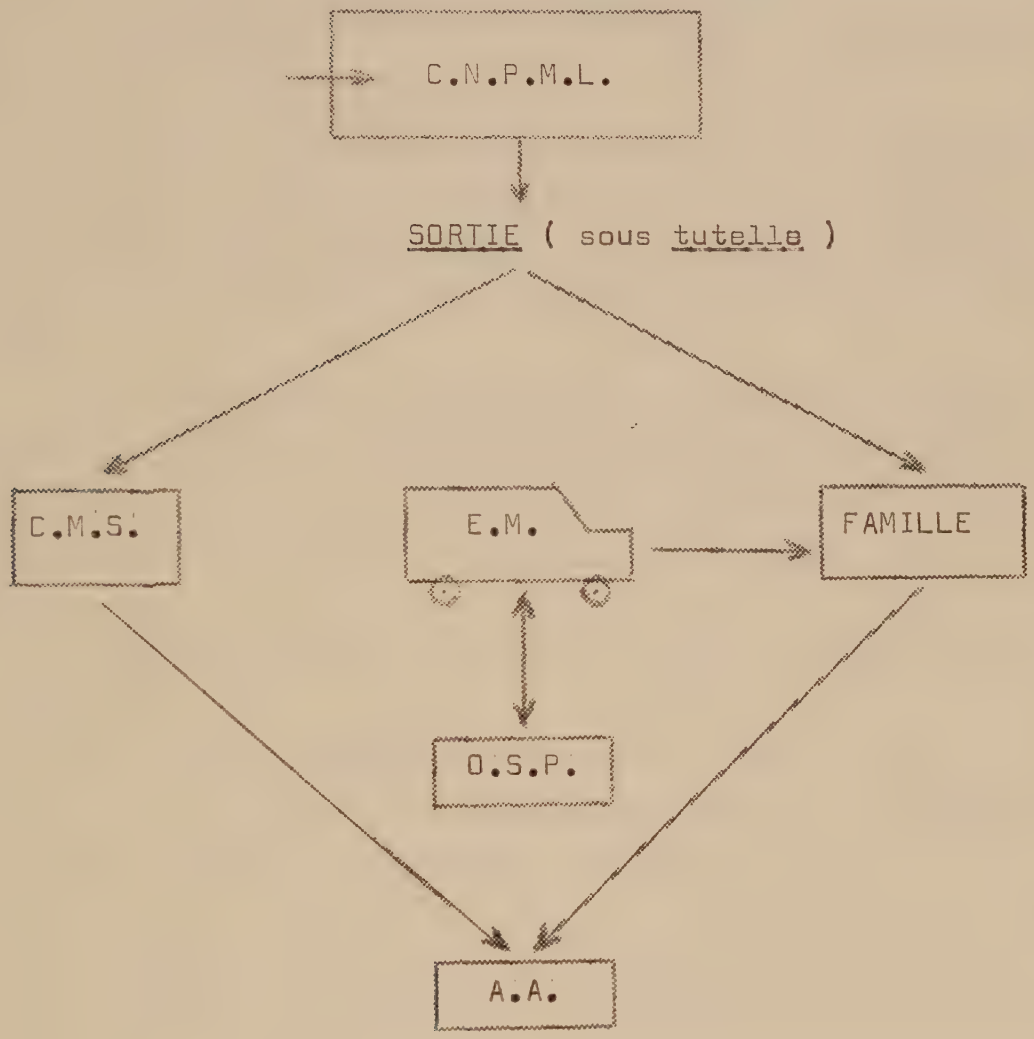
Ces équipes mobiles auront pour tâche de dispenser des soins à domicile.

Elles devront diposer d'un ou de deux infirmiers spécialisés d'une assistante sociale, et d'un véhicule automobile.

Elles auront chacune un secteur démographique bien défini. Elles rendront périodiquement visite aux malades qui auront rejoint

SCHEMA N° 3

LA PREVENTION TERTIAIRE



CMS = Centres Médico-Sociaux
EM = Equipes Mobiles
AA = Autorités Administratives
OSP = Organismes de Santé Publique.

leurs familles et se chargeront ainsi de la surveillance des soins prescrits et donnés dans les familles, de l'information et de l'éducation de celles-ci en matière de santé mentale.

Par qui sera organisé le fonctionnement administratif de ces équipes mobiles ?

Il devra l'être par tous les organismes de santé publique susceptibles d'atteindre le malade quel que soit son secteur domiciliaire, c'est-à-dire par le CNPML, les hôpitaux psychiatriques de la région, les hôpitaux généraux, les dispensaires d'hygiène mentale ou sociale.

Le CNPML devra au préalable, à la sortie du malade, aviser l'organisme de santé qui sera spécialement chargé de l'assistance médicale du malade de son secteur. Une telle organisation permettrait à la prévention médicale de ne perdre de vue aucun malade à sa sortie du CNPML.

Voyons à présent le deuxième dispositif de l'assistance médico-sociale.

2°) Les centres médico-sociaux (schéma n°4)

Ces centres médico-sociaux auront pour rôle de recevoir certains des malades médico-légaux à leur sortie du CNPML.

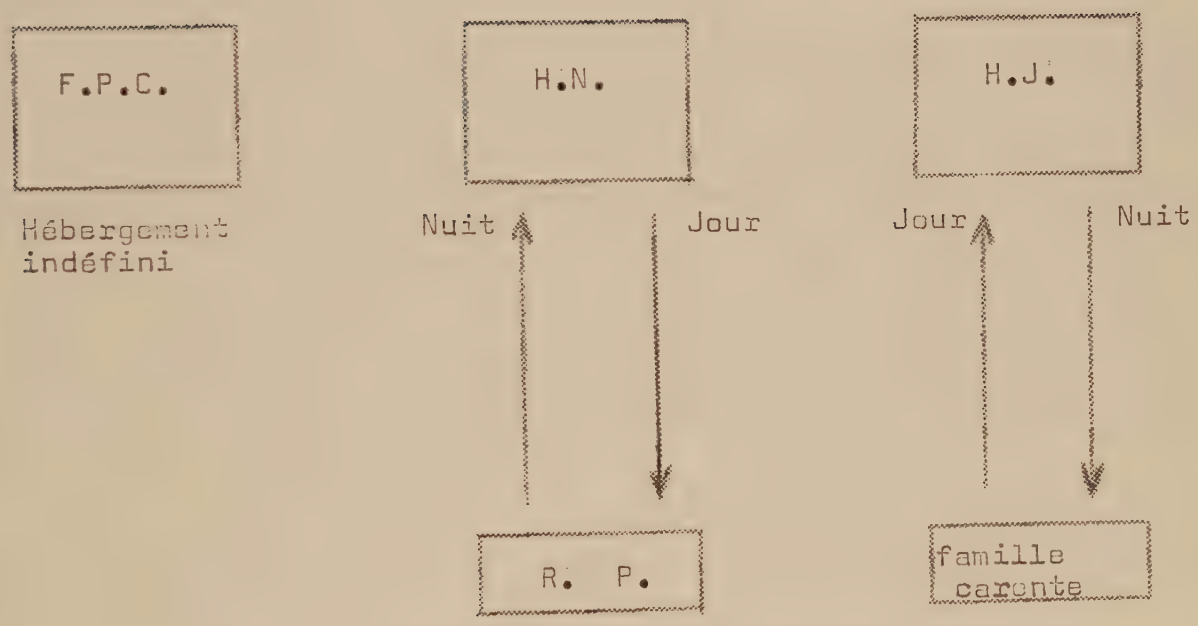
Il s'agira des malades dont la situation sociale s'est révélée carente (absence de famille ou famille rejetante) et qui ne pourront pas immédiatement bénéficier d'un reclassement socio-familial intéressant.

Selon le cas de chaque malade (absence de famille, milieu familial carent ou seulement provisoirement défavorable) ces centres d'acceuils seront des milieux de transition ou au contraire d'hébergement définitif.

Ils fonctionneront alors, toujours selon la particularité de chaque cas, soit comme des foyers de post-cure avec Ateliers pro-

SCHEMA N° 4

LES CENTRES MEDICO-SOCIAUX



F.P.C. avec A.P. = foyers de post-cure avec ateliers protégés
H.N = Hôpitaux de nuit
H.J. = Hôpitaux de jour
R.P. = Reclassement Professionnel.

tigés et thérapeutiques (pour les malades non susceptibles d'un reclassement socio-familial valable) soit comme des hôpitaux de nuit (pour les malades professionnellement reclassés avec une famille), soit comme des hôpitaux de jour (famille existante mais carente). Ces établissements permettraient ainsi à certains malades d'y trouver l'hébergement, de poursuivre contact avec leur métier s'ils en ont un, tout en gagnant leur vie et surtout tout en restant sous surveillance médicale.

Ces institutions devront donc posséder pour leur fonctionnement un personnel médical et para-médical spécialisé (un médecin psychiatre, des infirmiers spécialisés, une assistante sociale), et comporter tout le matériel nécessaire à des activités professionnelles.

Nous en arrivons à la Tutelle de ces centres médico-sociaux. De par le rôle d'assistance médicale et de réadaptation sociale, ces Etablissements devraient intéresser le Ministère de la Santé (car on y soigne) et le Ministère du Travail et des Affaires Sociales (car on y travaille avec emploi rémunérateur).

Un tel dispositif de prise en charge permettra, selon nous, une assistance médico-sociale et une oeuvre de réadaptation efficace et harmonieuse.

En définissant la prévention sociale nous lui avions dévolu en plus de son rôle d'assistance médico-sociale, une fonction d'assistance juridique et administrative, indispensable pensons-nous à une assistance véritable et totale des médico-légaux. Examinons quel sera l'apport de cette assistance juridico-administrative.

C - L'assistance juridique .

A la sortie du CNPML le malade devra être l'objet d'un statut d'incapable (soumis par la justice et entériné par les autorités administratives chargées de son application.

Le malade médico-légal sera ainsi mis en tutelle en matière de soins de sa personne. Cette tutelle sera demandée par le médecin psychiatre et le magistrat du CNPML. Elle comportera :

- d'une part l'obligation du malade aux soins,
- d'autre part, la nomination d'un tuteur.

Le tuteur sera une personne choisie par le Tribunal Civil en accord avec le Conseil de Famille du malade. Le rôle de ce Tuteur sera de s'assurer de l'assiduité du malade aux soins et de pouvoir rendre compte à tout moment, à l'autorité médicale et administrative, de l'état du malade dont il est le tuteur. et de son comportement.

Bien entendu, cette assistance juridique devra être dynamique et libérale et non statitque et coercitive; c'est-à-dire qu'à tout moment le malade qui a fait l'objet de cette tutelle pourra lui-même ou ses ayant droit faire recours contre elle. Ce recours sera formulé au Procureur de la République qui pourra ordonner l'ouverture d'une enquête sur l'état de santé du malade. Cette enquête sera menée par une commission médico-juridique (composée d'un expert en psychiatrie auprès des Tribunaux et d'un magistrat n'appartenant pas au CNPML). Ce recours étant formulé et le jugement ayant été rendu en sa faveur, seront normalement abrogées toutes les décisions tutellaires prises antérieurement.

Examinons à présent qu'elle sera l'application administrative de cette tutelle.

D - L'assistance administrative

Cette assistance administrative consistera en l'application de la tutelle préconisée.

Quels en seront les bénéficiaires ?

1°) Malades soumis à l'assistance administrative

L'assistance administrative s'exercera aussi bien sur les malades qui auront rejoint leur famille à leur sortie du CNPML que ceux qui auront bénéficié d'une prise en charge par les centres médico-sociaux.

2°) Modalités d'application de l'assistance administrative.

Le malade qui a fait l'objet de la tutelle devra se présenter tous les mois (minimum indispensable) à l'autorité administrative locale. Il devra être muni d'un certificat du psychiatre ou d'un certificat de son tuteur, faisant état de son état mental, de son assiduité au soins, de sa situation et de son comportement social.

Au cas ou le malade n'aurait pas satisfait aux règles de cette mesure d'assistance il serait fait obligation aux autorités administratives locales de se présenter à son domicile aux fins de se renseigner sur son état mental, son assiduité aux soins, son comportement, et, de pouvoir en cas de nécessité, décider de sa réintégration au CNPML.

Rappelons encore une fois que cette assistance administrative et juridique, si elle est obligatoire, n'empêche pas à tout moment un recours du malade ou de sa famille contre elle.

Reste le cas des malades sortis du CNPML, ayant bénéficié d'une prévention tertiaire, ayant prouvé leur assiduité aux soins et pour lesquels une ressocialisation harmonieuse a été obtenue. Dans ces cas, si la nécessité d'un maintien de cette prévention tertiaire sous tous ses aspects (médical, administratif et juridique) ne se fait plus sentir (cas de guérison surtout) il sera possible au médecin psychiatre du CNPML d'informer la magistrat attaché au centre, aux fins d'un "jugement de main levée " faisant expirer la tutelle.

Telles furent les suggestions que nous a inspirées notre étude du "dossier des médico-légaux". Nous espérons n'avoir omis aucun élément important susceptible d'entraver l'efficacité des soins et la réadaptation sociale harmonieuse des malades médico-légaux.

Nous tenons par dessus tout à ce que les mesures d'assistance que nous avons préconisées ne donnent pas lieu à des interprétations péjoratives, en étant considérées comme des mesures susceptibles de porter atteinte à la liberté de l'Individu.

C'est bien au contraire le respect primordial du principe sacré de la liberté de l'Homme qui nous a inspiré l'étude de ce travail, après la confrontation pénible et angoissante au douloureux problème des médico-légaux.

Nous pensons qu'une assitance médico-juridico-administrative, telle que nous l'avons proposée, ne va pas à l'encontre de la sauvegarde de la Liberté Individuelle, et ce, pour deux raisons :

La première : A t-on le droit au nom de la liberté de l'Individu de compromettre celle de tous les autres ?

La deuxième : tout aussi importante : Y a-t-il lieu d'hésiter entre la liberté "assistée" préconisée et l'hospitalisation trainante de type carcéral qui caractérise hélas encore bon nombre d'hôpitaux du reste du monde ?

C H A P I T R E VI

- C O N C L U S I O N -

1°) Notre travail a porté sur l'étude de SOIXANTE QUATRE CAS de P.O. observés à l'Hôpital Psychiatrique DRID HOCINE D'ALGER dans une période de 8 ans (1965 - 1973).

Il a été inspiré par la confrontation angoissante au grave problème des malades médico-légaux.

2°) Il nous a permis de constater plusieurs faits dont 2 essentiels :

- le premier est que la grande majorité des cas de P.O. est constituée d'affections psychiatriques anciennes et chroniques, qui n'ont pu bénéficier d'une assistance médicale, sociale et administrative de qualité.

- le deuxième, est le rôle déterminant des conditions socio-familiales et économiques sur l'avenir des malades, notamment en ce qui concerne les récidives de conduites médico-légales.

3°) Ces deux faits mettent en exergue la carence d'une véritable assistance médico-sociale qui, si elle existait, aurait permis à ces malades, sinon de guérir, tout au moins d'éviter une récidive grave et de bénéficier d'une réadaptation sociale.

4°) Aussi, avons-nous été amené à la lumière de nos constatations à proposer un système particulier d'assistance à ces malades, susceptibles de pallier aux carences mises en valeur.

Le dispositif préconisé, d'assistance aux malades médico-légaux, comporte deux pôles :

- UN CENTRE NATIONAL DE PSYCHIATRIE MEDICO-LEGALE

- L'ORGANISATION RATIONNELLE D'UNE PREVENTION TERTIAIRE.

- Le Centre National de Psychiatrie Médico-Légal est un établissement qui se veut être, non plus un centre exclusif de soins médicamenteux, caractérisé par le principe de l'isolement, qui serait une fin en soi, mais une institution qui, tout en assurant les soins, préparerait efficacement à l'avenir et à la réadaptation sociale du malade.

- La Prévention Tertiaire, quant à elle, par l'assistance qu'elle propose tant sur le plan médical que juridique et administratif, permettra d'éviter au maximum les risques de rechute et de récidive, et de favoriser la resocialisation afin que, le malade médico-légal et le malade mental en général, ne soit jamais plus cet " Homme dangereux pour lui-même et pour les autres ".

B I B L I O G R A P H I E

1 - ABDELKADER H.F. : Pour une nouvelle Législation en Psychiatrie Médico-Légale.Thèse Alger, 1971.

2 - ABELY X. et LAUZIER J. : "Conditions Générales de l'Assistance et de la Législation Psychiatrique en France " P.SIVADON

3 - BENOISTON J. : Des Internements évitables. Information psychiatrique. Avril 1957, 33, n°4, 188-218.

4 - DAUMEZON G. et BONNAFE L. : Le Malade Mental dans la Société. Documents Informations Psychiatriques, 1946, n°1.

5 - DOMSSINET P. et Coll. : Points de vue techniques et pratiques sur la réadaptation sociale des handicapés psychiques. Rev. Prat. de Psychologie de la vie sociale et d'Hyg. Mentale 1958, n°4, 132-147.

6 - DUBLINEAU J. HIVERT P. et UNAL.: L'Hôpital psychiatrique et les problèmes extrêmes de réadapatation. Annales médico-psychologiques, nov. 1960, 2, n°4, 760.

7 - DUCHENE H. et BAILLY SALIN P. : Services Psychiatriques extra-hospitaliers. E.M.C. P.6.

8 - DUCHENE H. : Les services Psychiatriques Publics extra-hospitaliers. Rapport du LVII° Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, 1959, Manon Edit.

9 - E.M.C. Tome 6 : " Conditions Générales de l'Assistance et de la Législation Psychiatrique en France " (P. SIVADON)

10 - FOLLIN S. et VIDANT L.: Rapport sur l'assistance aux épileptiques. Rev. Hyg. Méd. Sociale 1955, 3, 7, 643 - 660.

11 - Information Psychiatriques de Nov. 1966,n°5, p.9 : " Traitement du Délinquant et Institutions Psychiatriques ".

12 - JUGLART (de) M. : Leçon de Droit Civil.

13 - KERAVAL : Des Mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. Congrès Méd. Alien, PAU 1904.

14 - LAMARCHE, SIVADON et ULBERSCHLAG - Etude d'un Centre de Réadaptation Sociale sur la forme d'un village pour handicapés mentaux. Inf. Psychiatriques, Janv. 1961, 37,n°1, 5 et 16.

15 - LAUZIER et Coll. : Au delà de l'Asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique. Doc. Information Psychiatrique, 1946, n°2.

16 - LE GUILLANT L., SIVADON P. et PARIENTE M. : Le reclassement professionnel des malades sortis des hôpitaux psychiatriques. Inf. Psychiatriques, mars 1957, 33, n°3, 131-144.

17 - MARKICH H. (Melle) : Quelques considérations sur les entrées itératives à l'hôpital psychiatrique. Importance d'une assistance extra-hospitalière. Thèse Paris 1955.

18 - O.M.S. : Hospitalisation des Malades Mentaux. Aperçu de législation Sanitaire Comparée. Palais des Nations, Genève 1955.

19 - O.M.S. : l'hôpital Psychiatrique, centre d'action préventive en Santé Mentale. 5ème Rapport du Comité d'experts de la Santé mentale. Genève, 1957, Manon Edit. Paris.

20 - POROT A. et BARDENAT C. : Psychiatrie Médico-Légale, 1959.

21 - SIVADON P., AMIEL R. et BAUME S. : Trois années de fonctionnement d'un centre de Post-cure pour malades mentaux. Ann. Médico-Psychol. Juin 1960,2, N°1. 160.

22 - SIVADON P. : L'assistance extra-hsopitalière vers une assistance psychiatrique extra-hospitalière efficace. Ann. Médico-Psychologique. Janv. 1947, 1, n°1, 30-51.

23 - VALLADE L. : Reclassement professionnel des handicapés psychiques et Hommes de post-cure. Inf. psychiatrique, Janvier 1957, 33, 1, 7, 14.

24 - Les Anormaux Psychiques Délinquants. Conceptions de défense et de réadaptation sociale. Thèse Toulouse, 1951.